Rok LV. Kraków, 1. lipca 1916. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**



PROFESOR DR. PRZEMYSŁAW PIENIĄŻEK.

W lipcu r. 1914, w czterdziestą rocznicę pracy lekarskiej i naukowej, a trzydziestopięcioletnią pracy nauczycielskiej profesora Pieniążka, kreśląc Jego życiorys w poświęconym Mu zeszycie, nie przypuszczaliśmy, że tak rychło przyjdzie dodać datę ostatnią; choć zdrowie ówczesnego Jubilata podkopywało oddawna poważne i dolegliwe cierpienie, jednakże zdawało się, że wystarczy sił nietylko na wieloletnie jeszcze z niem zmaganie się, ale i na pracę piśmienniczą, w której ś. p. profesor Pieniążek nie ustawał. Jeszcze na krótko przed ostatnią chorobą nakreślił własnoręcznie krótki zarys współczesnego stanu laryngologii w Polsce, jeszcze w tej chorobie — zapaleniu płuc — nie wszystko zdawało się stracone, gdy prawie nagle 31. maja b. r. przyszła śmierć.

Wśród strat polskiej medycyny w okresie wojny jest ta śmierć jedną ze strat najcięższych. Nazwisko profesora Pieniążka było znane w całym świecie, może najbardziej znane z nazwisk współczesnych lekarzy polskich, bo też był On w światowem znaczeniu współtwórcą nowoczesnej laryngologii.

Zdobywając tej gałęzi sztuki lekarskiej nowe pola, okrywał zarazem profesor Pieniążek naukę polską powagą i sławą na arenie europejskiej i był zarazem przodownikiem jej w ojczyźnie własnej.

Straciliśmy w Nim wzór badacza, jedynej nagrody szukającego w zdobyciu prawdy, wzór lekarza, za cel swój jedyny kładącego dobro cierpiącej ludzkości, straciliśmy człowieka czystego jak kryształ, niepospolitego umysłem i sercem, a skromnego i pełnego prostoty, cechującej tylko ludzi wielkiej wartości. C.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Etyologia wypadnięcia narządów płciowych kobiecych a badanie ginekologiczne

napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Po przeczytaniu znakomitej pracy Halbana i Tandlera o anatomii i etyologii wypadnięć (1907) odnieśliśmy wrażenie, że rozwiązano jedno z zawiłych i ciemnych zagadnień patologii ginekologicznej w sposób nieulegający wątpliwości. Anatom i ginekolog pracowali tu pospołu i to, czegoby zapewne żaden z nich na własną rękę nie zdołał dokonać, uczynili razem, wnosząc w tę spółkę z jednej strony kunszt preparatorski i dokładność anatoma, z drugiej doświadczenie klinicysty, a z obu bystrość spostrzegania i ścisłość w wyprowadzaniu wniosków.

Z badań ich wynikł ten pewnik, że głównym czynnikiem, zabezpieczającym pochwę, macicę i pęcherz moczowy przed wypadnięciem przed szparę sromową, jest mięśniowa przepona miednicza, w której najważniejszą rolę odgrywa dźwigacz odbytu (m. levator ani). Na nim spoczywają te narządy i dopóki mięsień ten jest cały, silny i sprawny, dopóty o wypadnięciu nie może być mowy. Wszystko, co przytwierdza te narządy ku górze, na czem więc one niejako wiszą, odgrywa wedle Halbana i Tandlera podrzędną rolę. Na drugi plan więc schodzą wedle tej teoryi i więzadła (obłe, szerokie i krzyżowo-maciczne), i tkanka łączna przymaciczna, i otrzewna, i naczynia krwionośne.

Siłą, która macicę, pochwę i pęcherz stara się wyprzeć na zewnątrz, jest tłocznia brzuszna, czynna przy kaszlu, parciu i rozmaitej pracy fizycznej. Jest ona potężną i potężnego musi mieć oponenta, a takim nie są wiotkie i nienapięte więzadła, a tem mniej tkanka łączna przymaciczna, choćby nawet tu i owdzie skupiona była w zbitsze pokłady. Takim oponentem, zdolnym do stawienia czoła tłoczni brzusznej, może być zdaniem Halbana i Tandlera tylko mięsień, i to skurczony.

Na tę fizyologiczną sprawność przepony miedniczej położyli też ci badacze nacisk i stwierdzili, że istnieje współczesność działania tłoczni brzusznej (kaszel, parcie) i skurczu dźwigacza odbytu, że więc przepona miednicza właśnie wtenczas kurczy się, kiedy zachodzi niebezpieczeństwo wyparcia na zewnątrz narządów, które ponad nią leżą. Istnieje też obok współczesności pewnego rodzaju współmierność pracy, która sprawia, że słabemu działaniu tłoczni odpowiada słaby skurcz dźwigacza odbytu, silnemu silny.

Przepona miednicza ma jednak tę słabą stronę, że nie zamyka całkowicie jamy brzusznej od dołu, tylko okazuje otwór, czyli szczelinę (hiatus m. levatoris s. hiatus genitalis).

Mięśnie łonowo-odbytnicze (m. pubo-rectales), stanowiące przednią część dźwigacza odbytu, przyczepiają się, jak wiadomo, do wewnętrznej powierzchni kości łonowych nieco na zewnątrz od spojenia łonowego. Przyczepy prawego i lewego mięśnia są od siebie odległe mniej więcej na $2^1/_2$ ctm; w środku tej wolnej, przyczepem mięśni nie zajętej przestrzeni leży spojenie łonowe. Od miejsca przyczepu kostnego dążą mięśnie ku tyłowi i dołowi, a więc ku kości ogonowej, przyczem okazują zbieżność, t. j. zbliżają się z obu stron ku sobie, a tuż za tylną ścianą odbytnicy łączą się ze sobą, tworząc wspólną nieparzystą płytkę. Są one tu już nizko, bo na wysokości kroczowego zgięcia odbytnicy, w którem to miejscu ściana pochwy leży najbliżej odbytnicy. Największa część wspólnej nieparzystej płytki dźwigacza odbytu leży poza odbytnicą, pomiędzy jej tylną ścianą a kością ogonową (pars retrorectalis). Niewielka ilość włókien wsuwa się jednak między odbytnicę a pochwę (pars praerectalis) i razem z pęczkami mięśnia zwieracza odbytu i głębokiego poprzecznego mięśnia krocza (m. transversus perinaei profundus) tworzy mięsne utkanie krocza.

Tak więc między prawym a lewym brzegiem mięśnia dźwigacza odbytu leży szczelina, przez którą przechodzi cewka moczowa, pochwa i odbytnica. Zdaniem Halbana i Tandlera odbytnica ma właściwie odrębny otwór w przeponie miedniczej, oddzielony od właściwej szczeliny przez włókna, leżące między pochwą a odbytnicą; ponieważ jednak tych włókien jest niedużo, przeto niewielką popełnia się pomyłkę, mówiąc o wspólnej dla tych trzech przewodów szczelinie. Wymiary tego »hiatus levatoris« wynoszą według Halbana i Tandlera z boku na bok u dziewic $2^1/_2$ ctm, u kobiet, które rodziły, 4 ctm., z przodu w tył, t. j. od tylnej ściany spojenia łonowego do kroczowego zgięcia odbytnicy u dziewic 4 ctm, u wieloródek 5 ctm. Wynika z tego, że szczelina ta jest podłużna.

Ten przyrodzony otwór w przeponie miedniczej jest bezwątpienia »locus minoris resistentiae«; przezeń to w sprzyjających warunkach wypaść może pod wpływem działania tłoczni brzusznej pęcherz moczowy, górna część pochwy i macica, jakby przez wrota przepuklinowe. Że to się zwykle nie dzieje, zawdzięcza kobieta tej okoliczności, że wrota te są ciasne i że się wśród działania tłoczni brzusznej jeszcze więcej zwężają, i to tak z boku na bok, jak z przodu w tył. Przyczyną wypadnięcia stać się jednak może zdaniem przytoczonych badaczy niedomoga przepony, mająca swoje źródło w nadmiernej szerokości szczeliny, albo w niedowładzie mięśni, które ją ograniczają.

Doświadczenie uczy, że wypadnięcie wydarza się przeważnie u osób, które rodziły, a badania Halbana i Tandlera wykazują, że u kobiet tych poród odegrał rolę urazu, który w ten lub ów sposób zniszczył jedno lub oba ramiona mięśni, ograniczających szczelinę płciową (hiatus genitalis). I dziwić się temu nie można, jeśli się zważy, że ogromna i twarda głowa płodu musi przejść przez ciasną szczelinę, rozszerzywszy ją »ad maximum«. To rozszerzanie jest pracą niemałą. *Przy każdym porodzie u pierwiastki* patrzymy przecież na to zmaganie się dwóch sił, z jednej strony skurczu trzonu macicznego, wspomaganego wśród parcia przez wielki wysiłek tłoczni brzusznej, z drugiej opozycyi przepony miedniczej. Wysuwanie się i cofanie główki płodu w drugim okresie porodowym jest właśnie tej walki wyrazem i znakiem widomym. Walka jest jednak nierówna; przeciw jednemu mięśniowi zmobilizowana jest ogromna siła sprzymierzonej macicy i tłoczni, przeto dźwigacz odbytu uledz w tej walce musi; szczelina musi się rozciągnąć tak, żeby dziecko przejść mogło, lub mięsień zostanie przerwany, albo od swojego przyczepu przy spojeniu oddarty. Mięsień rozciągnięty powróci zapewne do swojej dawnej sprawności; zniszczony — nie zdoła już nigdy odzyskać swojej poprzedniej władzy, i te właśnie kobiety narażone będą na wypadnięcie pochwy i macicy. Rzeczą jest jasną, że szybkie i brutalne przeciągnięcie płodu przez szczelinę przepony przy ekstrakcyi ręcznej za nóżki lub kleszczami w wyższym stopniu naraża całość mięśnia, niż długi i mozolny poród siłami natury.

Macica wypada jednak niekiedy i u kobiet, które nie rodziły, a nawet u dziewic i noworodków. Przyczyną może być wówczas niedokształt mięśnia przepony, jego niedowład lub porażenie. Najwybitniej objawia się to u noworodków, u których wypadnięcie macicy kombinuje się nieomal zawsze z rozszczepieniem kręgosłupa (spina bifida), a co za tem idzie, z porażeniem i zwyrodnieniem mięsnej przepony miedniczej. Wykazali to dowodnie Bürger i Graf w przypadkach sekcyjnych, a Radwańska stwierdziła porażenie, względnie zanik tego mięśnia u noworodka przez badanie przez odbytnicę podczas krzyku dziecka. U dorosłych dziewic i kobiet, które nie rodziły, wchodzi w grę, zdaniem Halbana i Tandlera, albo wrodzony słaby rozwój tego mięśnia, albo inna jakaś jego niedomoga.

Zatrzymałem się dłużej nad głoszoną przez Halbana i Tandlera nauką, a przecież poruszyłem tylko rzeczy zasadnicze, pomijając liczne i ważne szczegóły.

Teorya wiedeńskich badaczy wywołała żywą opozycyę w Berlinie. E. Martin, oparłszy się na szczegółowych i bardzo skrzętnych anatomicznych badaniach tkanki łącznej i powięzi miedniczych, wygłosił zdanie, że dla statyki narządów płciowych mają one znacznie większe znaczenie, niż mięsna przepona, i że ich zniszczenie lub niedokształcenie, a nie przedarcie mięśni, powoduje zmiany w położeniu pęcherza, pochwy i macicy. Teorya E. Martina, poparta powagą Bumma, znalazła zwolenników i przez czas pewien byliśmy świadkami walki tych dwóch obozów, z których jeden (wiedeński) widział w podparciu narządów płciowych od dołu ich zabezpieczenie przed wypadnięciem, drugi (berliński) głosił zdanie, że rozstrzygającym czynnikiem jest ich zawieszenie za pośrednictwem tkanek mniej lub więcej jędrnych. Z teoryi berlińskiej i ze znakomitych preparatów Martina odniosła nauka wielką korzyść, gdyż okazało się, że oba wymienione czynniki są ważne i że dla niektórych zmian w położeniu, n. p. dla odosobnionego obniżenia pęcherza, niedomoga przyrządu powięziowego wielkie, jeśli nie wyłączne ma znaczenie. Niemniej jednak zapatrywania Halbana i Tandlera ostały się w zupełności i dziś z pewnością nikt nie wątpi, że główną przyczyną wypadnięć jest niedomoga przepony miedniczej.

Z nowej tej nauki skorzystało w pierwszym rzędzie leczenie operacyjne. Zwężenie szczeliny w przeponie przez zeszycie mięśni (myorrhaphia levatorum ani) stało się niezbędnym i najważniejszym aktem zabiegu krwawego, leczącego wypadnięcie pochwy i macicy. Jego zaprzeczyć się nie dająca skuteczność, z jaką zabezpiecza przed nawrotem cierpienia, przemawia wymowniej, niż wywody teoretyczne, za słusznością zapatrywań szkoły wiedeńskiej. Jest ona tak wybitna, że i Martin zeszycie to zaleca, a jeśli przytem nie mówi o szwie mięśniowym, tylko o zespojeniu powięzi, która mięsień obejmuje i z nim nierozdzielną tworzy całość, to w istocie czyni to samo, co wszyscy, którzy szczelinę w przeponie operacyjnie zwężają.

Zachodzi teraz pytanie, czy wielki przewrót, spowodowany w naszych pojęciach o znaczeniu przepony miedniczej dla statyki narządów płciowych kobiecych, wywarł

jakikolwiek wpływ na tok zwykłego, codziennego badania ginekologicznego i czy powinien był wpływ ten wywrzeć. Rozważaniom tej kwestyi chciałbym właśnie uwagi niniejsze poświęcić.

Aczkolwiek od dawna przed pracą wiedeńskich badaczy czyniono spostrzeżenia nad przeponą miedniczą i jej szczeliną i niejedną dobrą pracę na ten temat napisano, niemniej nigdy badanie tych szczegółów nie należało do codziennego »status praesens« ginekologicznego. Nikt z nas przecież po najdokładniejszem zbadaniu kobiety nie wiedział, czy dźwigacz odbytu jest u niej silnie, czy słabo rozwinięty, cały, czy przedarty, czy zdolny jest do silnego skurczu i do należytego zamknięcia miednicy, czy jednem słowem ma pełną swoją wartość. I nie jest to dziwnem, gdyż o potrzebie i znaczeniu tego mięśnia niewiele wiedzieliśmy. Od czasu ogłoszenia badań Halbana i Tandlera upłynęło jednak dziewięć lat, a to pomijanie w »status praesens« badania przepony i jej szczeliny nie uległo żadnej zmianie. Zapewne tam, gdzie jest wypadnięcie i gdzie klinicysta stwarza sobie plan operacyjny, tam szuka brzegów mięśnia dźwigacza i jego kurczliwość i siłę bada, nie czyni tego jednak u innych kobiet. Najlepszym dowodem tego są nowe podręczniki ginekologii. W jednym z nich, wydanym w r. 1913 przez Mengego i Opitza, napisał Sellheim znakomity ustęp o badaniu ginekologicznem. W pracy tej podziwiać należy dokładność, z jaką autor omawia wszystkie szczegóły; brak tylko wzmianki o sposobach badania mięsnej przepony. A przecież właśnie Sellheima uważać musimy za jednego z najlepszych znawców tej sprawy, gdyż zawdzięczamy mu szereg doskonałych prac o anatomii i fizyologii dna miednicy. Pracował również nad tem i autor podręcznika Menge, a z kliniki Opitza wyszła w ostatnich czasach bardzo dobra praca Jaschkego, omawiająca ten sam temat.

Z zestawienia tych faktów, że wymienieni klinicyści szczegółowo badają w przypadkach wypadnięć przeponę, a tego badania »na codzień« nie zalecają, należy wnosić, że uważają je za potrzebne tylko tam, gdzie prawdopodobną jest jej zmiana chorobowa. Nie wiem naturalnie, czy tosamo stanowisko zajmują wszyscy klinicyści, gdyż w obszernej literaturze tego przedmiotu mogłem odnośne uwagi przeoczyć; w każdym razie jednak uważam to stanowisko za błędne, gdyż sądzę, że tylko ten potrafi ocenić stan patologiczny, kto wie, jak się rzecz przedstawia w warunkach prawidłowych. Szczególnie tu, gdzie chodzi o stwierdzenie sprawności narządu mięśniowego, nawet i najbystrzejszy badacz, jeśli nie przyzwyczaił się do tego rodzaju badań, nie pozna, co leży w granicach różnic indywidualnych, a co wkracza w dziedzinę nieprawidłowości. A nadto chodzi tu jeszcze o coś innego. Po uszkodzeniu narządu mięśniowego przepony nie wypadają narządy płciowe odrazu. Nawet najgorętsi zwolennicy nauki Halbana i Tandlera przyznają, że tkanki i powięzie, którym Martin i Bumm przypisują zasadnicze znaczenie, są zdolne przez pewien czas utrzymać te narządy w prawidłowem położeniu, zwłaszcza jeśli tłocznia brzuszna nie działa za często i za silnie. Zdarza się nieraz, że stan przepony miedniczej jest już ostatecznie zły, a następstwa w postaci obniżenia jeszcze się nie objawiły. Szczególnie często trafiać się to będzie w kilka miesięcy po porodzie, który stał się urazem dla przepony. Jeśli nie badamy z zasady u każdej chorej szerokości szczeliny płciowej (hiatus genitalis), to ani nie rozpoznamy na czas defektu przepony, ani, co za tem idzie, nie zdołamy na czas zapobiedz następstwom.

Nie ulega więc dla mnie wątpliwości, że badanie stanu przepony miednicznej i szerokości jej szczeliny stanowić powinno część składową każdego dokładnego »status praesens« ginekologicznego.

Jak badanie to należy przeprowadzać? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie jasno zdać sprawę z tego, czego właściwie dowiedzieć się chcemy. Otóż, zdaniem mojem, powinniśmy przekonać się 1) jak wyczuwa się w stanie spoczynku przednia część dźwigacza odbytu, to jest właśnie ta, która stanowi brzegi szczeliny; 2) jak przedstawia się ten mięsień w stanie skurczu i to a) wówczas, kiedy pracuje zgodnie ze swoją nazwą, jako dźwigacz odbytu i b) wówczas, kiedy odruchowo zwęża szczelinę płciową.

Ad 1). Wymacanie mięśnia, o który chodzi, w stanie rozkurczu niezawsze jest łatwe. Wystrzegać się przytem trzeba pomyłki i nie obmacywać mięśnia, który wyraźnie czasem zarysowuje się, ale który leży znacznie niżej, t. j. mięśnia opuszkowojamistego (m. bulbocavernosus). Chcąc znaleść brzeg dźwigacza odbytu, trzeba wsunąć palec do pochwy na głębokość mniej więcej $^1/_3$ części tego przewodu i uciskając boczną ścianę, szukać nieznacznego oporu, jaki brzeg tego mięśnia stanowi. Wykonywa się przytem palcem ruch od wejścia ku sklepieniom i z powrotem, a wówczas czuje się, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, że na pewnej wysokości pochwy znajduje się opór, ponad i popod którym boczna ściana pochwy da się swobodniej ku bocznej ścianie miednicy ucisnąć. Opór ten da się śledzić u leżącej na wznak kobiety ku górze, t. j. ku spojeniu łonowemu, i ku dołowi, t. j. ku odbytnicy. U wieloródek nie wyczuwamy czasem tego mięśnia wcale, lub niewyraźnie. Im większą ma się wprawę, tem rzadziej miewa się ujemny wynik.

Ważnem jest obmacać brzeg dźwigacza odbytu po obu stronach i nie przesuwając go na zewnątrz, ocenić w przybliżeniu szerokość ograniczonej przez niego szczeliny. Oznaczenie długości tej szczeliny, t. j. odległości od spojenia do ściany odbytnicy w okolicy kroczowego zgięcia odbytnicy, jest jeszcze trudniejsze. Wypełnienie kiszki kałem uniemożliwia to w zupełności, gdyż wówczas przednia ściana odbytnicy wypuklona jest ku spojeniu.

Ad 2) Daleko ważniejsze jest badanie dźwigacza odbytu w skurczu. Podzieliłem tę część zadania na dwie części, gdyż tego wymaga podwójna czynność badanego mięśnia. Dźwigacz odbytu odgrywa ważną rolę przy defekacyi i bezwątpienia podnoszenie odbytnicy na słupie wypieranego na zewnątrz kału, jest jego zasadniczym, a w każdym razie genetycznie starszym zakresem działania. Drugie jego zadanie, i to właśnie to, które nas tu najwięcej zajmuje, polega na odruchowem zamykaniu dna miednicy, a więc na obronie przed wypukleniem go przez tłocznię brzuszną, a przez to zapewnieniu statyki narządom, które leżą w dolnej części brzucha, jak pęcherz i macica. U stworzenia, chodzącego na dwóch nogach, jak człowiek, u którego więc sam ciężar tych narządów skierowuje je ku dnu miednicy i poprzed nią, jest to zadanie dźwigacza odbytu znacznie ważniejsze, niż u czworonogów. Zadaniu temu, które nazwaćbyśmy mogli, używając języka urzędowego, »poruczonym zakresem działania«, może mięsień tylko wówczas sprostać, jeśli na każde działanie tłoczni odpowiada niezawodnie oponującym skurczem. Jest to działanie od woli niezależne.

Skurcz dźwigacza przy badaniu ginekologicznem wywoływano w rozmaity sposób. Najczęściej polecano wykonywać ruch, który Thure-Brandt w swojej gimnastyce nazwał »knipning«. Kobieta, leżąca na wznak, unosi krzyże nieco ku górze, poczem forsownie zamyka i wciąga w górę otwór stolcowy tak, jakby się broniła przed wyjściem na zewnątrz gazów lub stolca. I bez podnoszenia krzyżów można przez samo polecenie silnego zamknięcia otworu stolcowego skurcz ten wywołać.

Do Thure-Brandtowskiej gimnastyki należą też dwa inne ruchy, które wprawiają w skurcz przeponę miedniczą: 1) bierne rozsuwanie i przybliżanie do siebie kolan wśród *czynnej opozycyi ze strony chorej i 2) odwrotnie:* czynne rozchylanie i zbliżanie do siebie kolan, wykonywane przez chorą wśród oporu ze strony lekarza.

Chora leży przytem na wznak, zgina zbliżone do siebie kolanami kończyny dolne i podnosi krzyże nieco ku

górze, poczem lekarz kładzie swoje dłonie na wewnętrzną powierzchnię kolan i oddala te kolana od siebie siłą. Kiedy kolana są dość znacznie od siebie oddalone, chora wprawia w ruch mięśnie przywodzące i usiłuje kolana do siebie zbliżyć, czemu znowu przeszkadzają ręce lekarza. Przy innem ćwiczeniu kładzie lekarz ręce na zewnętrzne powierzchnie kolan, które są od siebie oddalone i siłą wśród oporu chorej zbliża je do siebie. Po zbliżeniu ich chora stara się je siłą rozchylić, czemu znów przeszkadza lekarz. Wedle niemieckiej nomenklatury Thure-Brandta nazywają się te ruchy: »Halbkrummliegend Knieteilung und Kniezusammendrückung unter Kreuzhebung«. Wśród tych ruchów kurczy się istotnie silnie przepona miednicza. Jeśli się chce skurcz ten badać, a przy braku osoby trzeciej niema się obu rąk do dyspozycyi, należy się ograniczyć do »Kniezusammendrückung«, przyczem z jednej strony działa wolna ręka lekarza, z drugiej jego tułów.

Badano skurcz przepony i w inny sposób, a mianowicie polecano chorej przeć lub kaszleć. Dla dokładności dodaję, że Martin badał kurczliwość przy stosowaniu prądu stałego.

Istnieje poza tem ruch, przy którym przepona miednicza popada odruchowo w skurcz, ruch, którego, o ile wiem, nie zalecano dotąd w celu badania sprawności przepony. Jest nim usiłowane podniesienie się z położenia na wznak, i to bez pomocy rąk, a więc ten sam ruch, który pozwala nam ocenić, czy i o ile mięśnie proste brzucha są w rozstępie. Badanie rozstępu mięśni prostych i szczeliny między dźwigaczami odbytu odbywa się wtedy równocześnie. I tu i tam wybadanie mięśni w spoczynku może być trudnem; przez współczesność pracy popadają one równocześnie w skurcz i pozwalają się doskonale obmacać.

Te różne sposoby badania różną też mają wartość praktyczną. Zalecane dla ćwiczeń gimnastycznych przez Thure-Brandta ruchy kończynami trudno zastosować w celu badania, jeśli się nie rozporządza asystencyą; kaszel wywołuje skurcze tak krótkotrwałe, że trudno poczynić potrzebne spostrzeżenia nad szerokością i długością szczeliny, oraz nad ewentualnem uszkodzeniem mięśni; parcie często nie daje wyników, gdyż chora ruch ten z różnych przyczyn zwykła wykonywać słabo, co też wobec współmierności skurczu tłoczni i przepony powoduje słaby, czasem wprost trudny do zauważenia skurcz przepony.

Doskonałym natomiast ruchem jest Thure-Brandta »Knipning« z podniesieniem krzyżów lub bez niego. Nie radzę, mimo to, ograniczać się do tego sposobu badania, gdyż może nas ono pouczyć co najwyżej o tem, jak szeroka jest szczelina wśród skurczu i jak silny jest mięsień, nigdy jednak nie odpowie nam na to pytanie, czy nie zachodzi w danym przypadku wada unerwienia i czy istnieje współczesność i współmierność skurczu dźwigacza odbytu i tłoczni brzusznej. »Knipning« wyjaśnia nam, jak działa ten mięsień, wprawiony wolą w ruch, jako istotny »dźwigacz odbytu«, a my przecież chcemy go poznać, jako »zwieracza miednicy«, (»sphincter pelvis« Schultz), a więc wtedy, kiedy pracuje odruchowo »w poruczonym zakresie działania«. Zauważyć przytem muszę, że mam podstawy do przypuszczenia, że nawet silny i przy »Knipning« energicznie pracujący mięsień, może nie działać wcale odruchowo i że w tej jego wadzie czynnościowej może leżeć przyczyna wypadnięcia macicy u kobiety, która nie rodziła.

Dla badania odruchowej pracy dźwigacza odbytu najodpowiedniejszym jest ruch, o którym wyżej mówiłem, t. j. usiłowane podniesienie się z pozycyi leżącej w siedzącą bez pomocy kończyn górnych. Ruch ten wymaga długiego i dużego wysiłku tłoczni brzusznej, powoduje więc silny i długotrwały skurcz przepony miedniczej, wśród którego możemy swobodnie ocenić wszystko, o co nam chodzi.

Konkluduję więc: wśród badania ginekologicznego trzeba: 1) obmacać mięsień w spoczynku, 2) zbadać jego zdolność do celowego skurczu podczas »Knipning«, 3) ocenić jego zdolność do odruchowego skurczu przy podnoszeniu się z pozycyi leżącej.

Pozostaje do omówienia pytanie, czy przeponę miedniczą należy badać palcem, leżącym w pochwie, czy w odbytnicy.

Badanie przez pochwę jest do tego celu wystarczające i dla chorej mniej przykre. Z pewnością niektóre szczegóły, jak n. p. stan płytki mięśniowej, rozpiętej poza odbytnicą, łatwiej jest ocenić przez odbytnicę, o to jednak zwykle nie chodzi; w codziennych przypadkach zajmuje nas raczej stan brzegów mięśniowych, obejmujących pochwę i przednich zakończeń mięśnia przy kościach łonowych, co przez pochwę dobrze stwierdzić można. Palec, leżący w pochwie i zwrócony opuszką ku tyłowi, wyczuwa zresztą wśród skurczu doskonale tylną, pozaodbytniczą część mięśnia, o ile kiszka nie jest przepełniona kałem. Badanie palcem, skierowanym ku tyłowi, jest nadto niezbędne dla oznaczenia długości szczeliny z przodu w tył. W przypadkach, w których mięsień działa silnie, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, odbytnica zbliża się wśród skurczu mięśnia wybitnie ku spojeniu i przesuwa też w tym kierunku pochwę, co sprawia, że pochwa zagina się, tworząc na ograniczonej przestrzeni wypuklenie, zwane »wzgórkiem pochwy« (promontorium vaginae).

Wszystkie te interesujące szczegóły wybadać można, poświęciwszy na to nie więcej, jak minutę czasu. Dają nam one doskonałe pojęcie o anatomii i fizyologii tego ważnego mięśnia, który, wziąwszy na siebie pracę przeciwdziałania wielekroć silniejszej od siebie tłoczni brzusznej, zabezpiecza kobietę przed przykrą ułomnością, jaką jest wypadnięcie macicy.

Od czasu, kiedy Schultze nauczył nas badać oburęcznie, badanie ginekologiczne nie uległo zasadniczej zmianie dlatego, że zadanie jego — zbadania macicy i jej przydatków, pozostało temsamem, jakiem było za czasów Schultzego. A przecież zwykłe badanie przez pochwę dostarczyć nam może i innych ważnych danych, n. p. co do moczowodów lub co do mięsnej przepony miedniczej. W tym ostatnim kierunku powinno też być badanie przez pochwę rozszerzone, i to w każdym przypadku, a nietylko u chorych z wypadnięciem macicy.

Piśmiennictwo. 1) Adolph: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XXX, str. 320. — 2) Bürger: Arch. f. Gyn. l. 73. — 3) Bumm: Centr. f. Gyn. 1910, str. 783. — 4) Cluzau: Thèse de Bordeaux, 1909. — 5) Delanglode: Annal. de gyn. et d'obst. 1907. — 6) v. Franqué: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. l. XXXIII, str. 571 — 7) Graf: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXIV, nr. 6. — 8) Guinsbourg: Thèse de Paris 1908. — 9) Halban Tandler: Anat. u. Aetiol. der Genitalprolapse, 1907. — 10) Halban: Zentr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 11) Hartings Tweedy: Journ. of Obst. and Gynek. 1912, March. — 12) Van der Hoeven: ref. Centr. f. Gyn. 1910, str. 742. — 13) Jaschke: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. t. 74, str. 678. — 14) Krönig: Arch. f. Gyn. l. 92, str. 83. — 15) Latzko: Centr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 16) Martin E.: — 17) Martin: Centr. f. Gyn. 1910, str. 735. — 18) Nebesky: Arch. f. Gyn. 87, str. 497. — 19) Pankow: Zentr. f. Gynaek. 1909, str. 1015. — 20) Piquaud et Renaud: Rev. de gynec. et de chir. 1908, nr. 1. — 21) Radwańska: Przegl. lek. 1916, nr. 2. — 22) Rosenthal: Berl. klin. Woch. 1911, nr. 25. — 23) Reclus: Gazette des hopitaux 1908, nr. 30. — 24) Schultz: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVIII, str. 681. — 25) Sellheim: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXVI, str. 141. — 26) Thure-Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten, Berlin 1891. — 27) Victor Caesar: Inaug. Diss. Freiburg 1910. — 28) Wagner: Zentr. f. Gyn. 1912, str. 917.

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne*)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

Dane anatomopatologiczne, jakoteż wyniki spostrzeżeń klinicznych i prac doświadczalnych wskazują, że gojeniu się spraw zapalnych o charakterze rozpadowym towarzyszy bujanie tkanki łącznej, przechodzącej we włóknistą, bliznowatą. Bujanie to nazywamy nawet odczynowem, ma ono być wyrazem odczynu tkanki zdrowej na bodziec chorobowy; ta tkanka łączna otarbia ognisko zapalne, wypełnia ewentualny ubytek, na którego miejscu powstaje ognisko bliznowate. Analogiczne zjawisko spostrzegamy w przypadkach zgojenia się ognisk gruźliczych w ogólności, a gruźlicy płuc w szczególności. Gdzie w przypadkach gruźlicy płuc spotykamy się z tak zwaną włóknistą postacią (tuberculosis fibrosa pulm.), wiemy dobrze, że mamy do czynienia ze sprawą chorobową, która przy przewlekłem swem trwaniu okazuje skłonność do gojenia się, nieraz do zupełnego zabliźnienia się sprawy rozpadowej, Badanie mikroskopowe tej postaci gruźlicy płuc daje obrazy. znakomicie ilustrujące ten proces »gojenia się«. Zamiast ognisk o budowie, typowej dla sprawy gruźliczej, a więc typowych gruzełków, guzów gruźliczych, składających się ze skupień gruzełków i t. d., spotykamy pośród zajmującej nieraz całe pole widzenia tkanki włóknistej, mniej lub więcej naciekłej, tu i owdzie gruzełki o charakterystycznej budowie gruzełka włóknistego, t. zn. gdzie tkanka ziarninowa, względnie komórki nabłonkowate, są zastąpione przez tkankę łączną włóknistą. Nieraz gruzełków wcale nie spotykamy, tylko poszczególne komórki olbrzymie, porozrzucane zrzadka wśród tkanki łącznej; czasami, w późniejszym okresie, nie widzimy nawet komórek olbrzymich, spotykamy tylko tkankę łączną o wybitnym charakterze bliznowatej.

Wychodząc z tego założenia, że przez sztuczne wywołanie w płucu bujania tkanki łącznej, analogicznego do powyżej podanego, możemy uzyskać wyleczenie sprawy gruźliczej płuc, podano cały szereg metod leczniczych, mających to bujanie na celu.

Zajmiemy się tylko metodami chirurgicznemi. Rozróżnić możemy tu, idąc za Hermanem, dwie grupy zabiegów: bezpośrednich i pośrednich. Do pośrednich zaliczyć możemy zabiegi, mające na celu t. zw. ugniecenie (kompresyę) płuca, a więc wytwarzanie odmy sztucznej i torakoplastykę, czyli uruchomienie ścian klatki piersiowej przez wycięcie żeber. Kliniczne spostrzeżenia potwierdzają fakty, uzyskane dzięki doświadczeniom na zwierzętach. Nie da się mianowicie zaprzeczyć, że w pewnych postaciach suchot płucnych zabiegi wyżej wspomniane dają wybitną poprawę; towarzyszy temu bujanie bardzo obfite tkanki łącznej bliznowatej w płucu, utrzymywanem przez pewien czas w stanie nieruchomym lub w małej ruchomości i przytem zapadniętem, analogicznie do stanu wydechu, lub nawet w znaczniejszym stopniu uciśnięcia.

Korzystny wpływ wspomnianych zabiegów operacyjnych na przebieg gruźlicy płuc możemy sobie tłomaczyć dwojako, a mianowicie, dodatnio działać tu może spokój, w jakim znajduje się płuco uciśnięte, oraz zmiana w krążeniu w zakresie danego płuca i następstwa tej zmiany.

O dodatnim wpływie spokoju, czy unieruchomienia, na sprawy gruźlicze, wiemy bardzo dobrze na podstawie klinicznych spostrzeżeń w gruźlicy chirurgicznej, n. p. kości i stawów, przy której leczeniu nieraz t. zw. »ustalenie« kończyny jest najbardziej skutecznym czynnikiem, a zawsze jest uważane za »conditio sine qua non« przy wszystkich innych zabiegach leczniczych. Doświadczenia i spostrzeżenia z zakresu operacyjnego leczenia gruźlicy płuc również znakomicie przemawiają na korzyść tej zasady »unieruchomienia« płuca [Forlanini, Brauer, Friedrich, Sauerbruch, Wilms, jako przedstawiciele pewnych typowych zabiegów, mających na celu unieruchomienie płuc], podczas gdy metoda Freunda, wprowadzająca zasadę wzmożonej czynności chorego płuca i rozszerzonego zakresu »przewietrzania« płuca, poza nielicznymi, poszczególnymi przypadkami, nie znalazła praktycznego zastosowania.

Co się tyczy sprawy zmiany krążenia krwi i limfy w płucu i dodatnich skutków tej zmiany na przebieg sprawy gruźliczej, to na ogół znalazła ona przyjęcie przychylne; uznano bowiem za fakt konkretny zjawisko »gojenia« się sprawy gruźliczej w płucach po zabiegach chirurgicznych, którym towarzyszą zmiany w krążeniu w zakresie danego płuca; wyprowadzano też ścisły związek przyczynowy pomiędzy temi zmianami w krążeniu i »gojeniem« się sprawy gruźliczej w płucu.

Na czem jednak polegają owe zmiany w krążeniu, które towarzyszą tym »unieruchomiającym« operacyom? Dwie biegunowo różniące się odpowiedzi znajdujemy w piśmiennictwie; początkowo ogólnie przyjęty był pogląd, że w płucu, unieruchomionem w okresie wydechu, mamy znacznie mniejszy stopień wypełnienia krwią jego tkanki, aniżeli w płucu w okresie wdechu. Mniejszemu ukrwieniu płuc miało towarzyszyć również zwolnienie obiegu krwi i limfy.

Dopiero prace Cloetty zachwiały tym poglądem, w następstwie czego zaszła potrzeba wykonania osobnych prac, mających na celu dokładniejsze zbadanie istotnego stanu rzeczy.

Cloetta nie zgadzał się z zapatrywaniem, jakoby w płucu ugniecionem było mniej krwi, aniżeli w płucu rozszerzonem, odpowiadającem okresowi wdechu. Doświadczenia Cloetty, przeprowadzone na zwierzętach, wykazują, że płuco najlepiej jest ukrwione wtedy, kiedy, znajdując się pod bardzo słabem ciśnieniem ujemnem, odpowiadającem 2—3 mm Hg, wykonuje bardzo nieznaczne wychylenia oddechowe; te warunki mamy w przypadkach torakoplastyki, stosowanej przy gruźlicy płuc; dodatnie jej wyniki tłómaczy sobie Cloetta właśnie tem znakomitem ukrwieniem płuca, przy jednoczesnem ograniczeniu jego czynności i ruchów z nią połączonych.

Po wycięciu ściany klatki piersiowej, umieszczał Cloetta jedno płuco szczelnie w sporządzonym przez siebie pletysmografie: po zupełnem zniesieniu ruchów oddechowych przez podanie kurary, wdmuchiwał do płuc tlen i utrzymywał je przy jednym stanie wydęcia. Wychylenia, które wykazywał pletysmograf, mogły zależeć wówczas jedynie od stopnia wypełnienia krwią naczyń płuc, a wychylenia te miały rzeczywiście charakter tętniący. Przy słabym stopniu wydęcia płuc, odpowiadającym wydechowi, tętnienie to było bardzo wybitne i świadczyło zdaniem Cloetty za tem, że w tym stanie płuco jest należycie ukrwione i znakomicie odżywione. Odmienne zjawisko spostrzegał Cloetta przy znacznem wydęciu płuca; wychylenia w pletysmografie były znacznie słabsze. Pomiary ciśnienia w tętnicy głównej, w analogicznych warunkach robione, potwierdzały wnioski, wyprowadzone na podstawie poprzednich spostrzeżeń, jak również badania drobnowidowe odcinków płuc, uzyskanych w okresie rozdęcia płuca i jego ugniecenia; w pierwszym przypadku naczynia krwiono-

*) Pracę niniejszą oddano do Redakcyi »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« w maju r. 1914. Z powodu zawieszenia wydawnictwa w lipcu r. 1914 dopiero obecnie ogłoszona zostaje.

śne włosowate były zwężone i wyprostowane, w drugim, odpowiadającym wydechowi, szerokie, wężykowato pokręcone.

Jakkolwiek wywody Cloetty były skierowane przeciw dotychczasowemu tłómaczeniu działania odmy piersiowej na krążenie w płucach, to nie sądzę jednak, aby same fakty, spostrzegane przez Cloettę, zbijały tłómaczenie jego poprzedników: a mianowicie z doświadczeń Cloetty wynika, że przy odmie piersiowej naczynia krwionośne płuc są znakomicie krwią wypełnione, nie wynika jednak z tego, że mamy tu do czynienia z przekrwieniem czynnem, a nie biernem, że w warunkach tych płuco lepiej jest odżywione, że nie mamy tu zastoju krwi, względnie osłabionego obiegu. Podniesienie tętna, spostrzegane przez Cloettę w okresie osłabienia ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej, przez wytwarzanie odmy, nie dowodzi również, że w płucach zachodzi wówczas zmiana na lepsze co do warunków odżywiania płuca samego; wiemy przecież, że w warunkach, kiedy we krwi jest nagromadzona znaczna ilość bezwodnika kwasu węglowego, tętno, wskutek podrażnienia ośrodków nerwu błędnego bezwodnikiem, bywa też silnie napięte, — a nie możemy wtedy mówić o lepszem odżywianiu płuca (Kakowski, Aron, Knoll, Hnatek, Sauerbruch, Walther).

Po ogłoszeniu prac Cloetty znajdujemy prace Brunsa, Lohmanna, Müllera, zajmujące się sprawą krążenia w płucach w rozmaitych stanach ich wydęcia: prace te dają wyniki jednogłośnie sprzeczne z wynikami pierwotnych badań Cloetty, a mianowicie wykazują one, że płuco w stanie zapadnięcia (niedodmy) zawiera mniej krwi, aniżeli w stanie wydęcia, również, że płuco zapadnięte w pewnym określonym przeciągu czasu otrzymuje mniejszą ilość krwi, aniżeli płuco wydęte: wydęcie nawet bardzo znacznego stopnia, bo odpowiadające ujemnemu ciśnieniu w jamie opłucnej, równającemu się słupowi 30 cm wody, sprzyja lepszemu ukrwieniu płuca. W płucu, znajdującem się w stanie zapadnięcia, a tembardziej uciśniętem przez sztuczną odmę, stwierdzono bardzo słabe wypełnienie krwią naczyń krwionośnych: mianowicie naczynia włosowate w przegrodach międzypęcherzykowych często były zupełnie próżne, a krew spotykano w większych ilościach tylko w większych tętnicach i żyłach.

Również i Cloetta w ostatnich swych pracach modyfikuje swoje poglądy, a mianowicie w pracy nad sprężystością płuc i znaczeniu jej dla krążenia dochodzi do wniosków, opartych na spostrzeżeniach na zwierzętach i obliczeniach matematyczno-fizycznych, że warunki krążenia w płucu polepszają się przy przejściu okresu wydechu w okres wdechu; zależy to w szczególności od tego, że naczynia krwionośne w płucu zapadniętem są pokręcone wężykowato, a znaną rzeczą jest, że przepływanie płynów lepkich (viskös) przez takie kanały jest o 15% trudniejsze, niż przez kanały proste, o ile przekrój poprzeczny tych kanałów prostych nie jest mniejszy, niż o 0·1 cm². Cloetta doświadczalnie ustalił, że dopiero w płucu wydętem do połowy swego »maximum« naczynia krwionośne wyprostowują się, a zatem wówczas dopiero następują te warunki, sprzyjające krążeniu krwi w płucach. Przy dalszem jednak wydęciu płuca, zdaniem Cloetty, warunki te ulegają zmianie na niekorzyść; zależy to od tego, że wówczas naczynia krwionośne ulegają rozciągnięciu podłużnemu, co, jak wykazał Tendeloo, wywołuje mniejszą ich pojemność. Dodatni wpływ wdechu na krążenie w płucach może zależeć też, chociaż co prawda tylko w nieznacznym stopniu, od tego, że naczynia krwionośne przy wdechu ulegają pewnemu poprzecznemu rozszerzeniu wskutek pociągania przez tkankę płucną, rozprężającą się w tym okresie; również i obniżenie ciśnienia powietrza w pęcherzykach płucnych w częściach przybrzeżnych (Randzonen der Lunge) w okresie początkowym wdechu może warunkować rozszerzenie naczyń krwionośnych płuca i swobodniejszy przepływ krwi przez nie.

Zestawienie powyższych wniosków Cloetty z wywodami Brunsa, Lohmanna i Müllera, pozwala nam przyjąć ten pogląd, że w okresie wdechu, w początkowej jego fazie aż do fazy, kiedy płuco osiąga 50% swego »maximum« objętości (Volumvergrösserung), warunki krążenia w płucu zmieniają się w znaczeniu dodatniem, przy wydechu zachodzą zmiany o charakterze ujemnym.

Na podstawie powyższych doświadczeń należy sądzić, że zmiany w krążeniu, występujące w płucach po zabiegach operacyjnych, unieruchomiających płuco w okresie wydechu i ugniatających płuca, będą polegać na osłabieniu krążenia, na zwolnieniu obiegu krwi i na zmniejszonem wypełnieniu naczyń krwionośnych płuc.

Przyjąwszy takie założenie co do samego zjawiska krążenia w płucu zapadniętem lub ugniecionem, możemy sobie trojako tłómaczyć działanie tej leczniczej zmiany w krążeniu na sprawę gruźliczą, toczącą się w płucu:

1) Powolny obieg krwi w uciśniętem płucu wywołuje nagromadzanie się we krwi bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) i ogranicza »utlenianie« krwi. Obydwa te warunki, jak wiemy z biologii prątka gruźliczego, nie sprzyjają jego rozwojowi, mogą temsamem zapobiegać dalszemu rozwojowi sprawy gruźliczej. Tłómaczenie to znajduje swe uzasadnienie w teoryi Biera; znajdujemy bowiem w danym razie zupełną analogię z tak zwanem przekrwieniem biernem. Jak zauważa Bruns, analogia jest zupełna: mianowicie w przypadkach, gdzie ugniecenie płuca chorego ustępuje, klinicznie występuje nieraz ponowne pogorszenie, — analogia do spostrzeżeń Lexera, który, postępując według metody Biera, widział objawy gwałtownego nagromadzania się toksyn w ogólnym obiegu krwi po zdjęciu opaski uciskającej. Z chwilą ustąpienia ugniecenia płuca występuje ożywione krążenie w danem płucu i jady gruźlicze, nagromadzane w czasie zastoju w tem płucu, przedostają się do ogólnego krążenia.

2) To nagromadzanie się na jednem miejscu jadów gruźliczych, względnie prątków Kocha przy zwolnionem i osłabionem krążeniu w uciśniętem płucu, to drugi skutek dodatni omawianych zabiegów operacyjnych, wskutek których utrudnione jest rozszerzanie się i uogólnianie sprawy gruźliczej i jej następstw; spostrzeżenia kliniczne znakomicie to ilustrują.

3) Trzecie zjawisko, świadczące o dodatnim wpływie zwolnionego krążenia w ugniecionem płucu, to są zmiany miejscowe w tem płucu. Ostatecznym ich wynikiem jest wybitne bujanie w płucu chorem tkanki łącznej, w którem to bujaniu jesteśmy skłonni widzieć proces otarbiania sprawy gruźliczej, sprawę gojenia się, analogicznie do włóknistej postaci gruźlicy płuc.

Zagadnienie związku przyczynowego pomiędzy bujaniem tej tkanki włóknistej i zwolnionem krążeniem nie jest ostatecznie rozstrzygnięte; że to bujanie powstaje, o tem wiemy dobrze i z prac doświadczalnych na zwierzętach i z doświadczeń klinicznych i z wyników sekcyjnych, nie jest jednak ustalone wytłómaczenie, jaką drogą dochodzi do tego bujania owej tkanki. Do sprawy tej powrócę jeszcze poniżej.

Zabiegiem operacyjnym z grupy bezpośrednich, t. j. wykonywanym na samem płucu, a mającym na celu leczenie operacyjne gruźlicy płuc, jest podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej tego płatu, który jest zajęty przez sprawę gruźliczą. Zabieg ten pierwotnie podany został przez Sauerbrucha i Brunsa; doświadczenia ich na zwierzętach wykazywały, że po podwiązaniu gałęzi tętnicy płucnej występuje w odnośnym płacie płuca wybitne bujanie tkanki łącznej, jakie zwykle widujemy w narządach miąższowych po przewlekłych sprawach zastojowych, wiodące do zmniejszania się i »karnifikacyi« danego narządu. Z pracy doświadczalnej Kawamury, który operacyę tę wykonywał na psach z gruźlicą płuc, widzimy, że po tej operacyi występowało w płucu gruźliczo zmienionem »gojenie się«, analogiczne do zjawiska, spostrzeganego w płucu gruźliczo

zmienionem przy sztucznej odmie piersiowej, a więc na pierwszem miejscu bujanie tkanki łącznej.

Zjawiskiem charakterystycznem tak dla pierwszej grupy zabiegów, jak i dla zabiegu wspomnianego przed chwilą, jest wybitna zmiana krążenia w płucach. Jak widzimy z wywodów poprzednich, zmiana ta polegać może bądź to na zwolnieniu obiegu krwi przy odmie piersiowej i torakoplastyce, bądź to na częściowem przerwaniu dopływu krwi wskutek podwiązania gałęzi tętnicy płucnej. To są fakta, dające się łatwo stwierdzić; trudniej jest udowodnić, na czem polega związek przyczynowy pomiędzy temi zmianami w krążeniu w płucu z jednej strony, a »gojeniem się« sprawy gruźliczej z drugiej strony.

Celem bliższego zapoznania się z tą sprawą, wykonałem szereg doświadczeń na psach. W doświadczeniach tych zająłem się przedewszystkiem sprawą wpływu podwiązywania gałęzi tętnicy płucnej na zmiany w samem płucu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna.

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Zator gazowy.

Gdy gaz dostaje się do naczyń, może nastąpić śmierć natychmiastowa, lub szereg ciężkich, ale przemijających (dzięki wchłonięciu gazu przez krew) objawów ze strony układu nerwowego, serca i płuc: utrata przytomności, kurcze, porażenia, tętno drobne i przyspieszone, duszność, sinica i t. d. Ale tesame objawy, przemijające lub zakończone zejściem, mogą nastąpić przy tak zwanej »rzucawce opłucnej«. — Pierwszego poglądu broni zawzięcie Brauer i jego szkoła, opierając się głównie na fakcie pojawiania się — natychmiast po powstaniu zatoru. — pęcherzyków powietrza w naczyniach na dnie oka u zwierząt i u ludzi ale znikających z tych naczyń, jak stwierdza wziernik, w ciągu kilku minut. Drugiego poglądu broni Forlanini i jego szkoła. Fakty kliniczne i wyniki sekcyi przemawiają za jednym i za drugim, sam zaś mechanizm powstawania zatoru gazowego przy odmie niejednokrotnie nie jest jasny. Nawet, co się tyczy mechanizmu zatoru gazowego w żyłach wielkiego krążenia podczas zabiegów na szyi, kończynach górnych lub dolnych, macicy i t. d. poglądy są podzielone. Różni badacze podają trzy przyczyny śmierci, które Niemcy określają przez skrócone nazwy: »Herztod«, »Lungentod«, »Gehirntod«. »Herztod« daje się wytłumaczyć porażeniem serca przez wydęcie gazem nakształt balonu. »Lungentod« — przez zatkanie naczyń włoskowatych płucnych gazem. Natomiast przepchanie się gazu przez naczynia włoskowate do żył płucnych, a dalej przez lewe serce do mózgu uważają niektórzy badacze za zgoła niemożliwe, lub za wyjątkowe (Wolff).

Przy odmie sztucznej mechanizm ten przedstawia się, jak twierdzi Brauer, prosto, gdyż gaz dostaje się bezpośrednio do żył płucnych przy ich przebiciu. I tu nie jest konieczne wtargnięcie gazu z zewnątrz pod ciśnieniem. Wystarcza skaleczenie żyły, która utraciła swą sprężystość wskutek sąsiedztwa nacieklej tkanki (w gruźlicy, nowotworach i t. d.), aby mogła aspirować powietrze z sąsiednich pęcherzyków i aby tym sposobem powstał zator w mózgu czy dostaje się z zewnątrz azot, lub tlen. Tlen bowiem, dostając się w żyłach płucnych do krwi tętniczej, już utlenionej, nie może być przez krew wchłonięty i może wywołać śmierć już w bardzo małych ilościach, na co Brauer przytacza dowód kliniczny. Wreszcie twierdzi Brauer, że niezawsze można znaleźć na sekcyi »corpus delicti«, t. j. bańki gazowe w naczyniach mózgowych. Pomimo to przyczyną zejścia śmiertelnego pozostaje niezmiennie zator gazowy. Główną zaś rolę wedle Wevera i Brauera odgrywają nie ilości gazu, lecz ośrodki mózgowe, ważne pod względem życiowym. Teoryi Brauera broni Orłowski, wywodząc na swym przykładzie, że objawy mózgowe, pomyślnie zakończone dzięki wchłonięciu gazu przez krew, wywołują zmiany nie anatomiczne, lecz czynnościowe, w mózgu i układzie nerwowym.

Popatrzmy, co powiadają inni badacze. Najprzód co się tyczy mechanizmu. — Są, przypadki zakończone zejściem śmiertelnem, bez żadnego uszkodzenia żył płucnych, jak n. p. przypadek opisany przez Zinka, gdzie przy drugiem napełnianiu nastąpiło prawdopodobnie skaleczenie naczynia na ścianie klatki piersiowej; gaz więc miał dostać się do naczyń mózgowych przez naczynia włoskowate płuc[1]). Przy uszkodzeniu naczyń klatki piersiowej możliwe jest dostanie się gazu na drodze powrotnej, wprost do tętnicy płucnej przez żylakowate sploty żylne w zrostach opłucnej, wykazane przez Forlaniniego.

Są i takie przypadki, jak uprzejmie mi udzielony przez prof. Ciechanowskiego (za łaskawem zezwoleniem prof. Browicza), gdzie przy resekcyi IX żebra z powodu ropniaka opłucnej lewej, nastąpiła natychmiast śmierć. Prof. Ciechanowski stwierdził na sekcyi bańki powietrza w nienaruszonej jeszcze tętnicy podstawnej mózgu i sądzi, że: »obraz sekcyjny nie jest jasny; dla jego wytłumaczenia trzebaby przyjąć możliwość przejścia powietrza w ilości dość znacznej przez włoskowate krążenie płucne i aspiracyę powietrza przez otwartą jakąś żyłę, — tymczasem przy operacyi nie zauważono, by została skaleczona jakaś większa żyła«. — Mamy wreszcie trzy przypadki śmierci, opisane przez Sundberga, z których jeden w 36 godzin po 8. napełnieniu, drugi w 3 godziny po 22. napełnieniu, trzeci w kilka minut przy 6. napełnieniu. W żadnym z nich nie znaleziono ani uszkodzenia naczyń płucnych, ani baniek gazu: w mózgu, sercu, lub płucach. Natomiast w pierwszym przypadku stwierdzono przekrwienie naczyń mózgowych i liczne ogniska rozmięknienia w mózgu w postaci, przypominającej krwotoczne zapalenie (encephalitis haemorrhagica), w drugim przypadku skurczowe zamknięcie szpary głośni — śmierć przez uduszenie (autor przytacza analogiczne wyniki sekcyi w innych przypadkach), w trzecim niedokrwienie w naczyniach głowy, mózgu i serca, wybitne przepełnienie krwią naczyń tułowia, a szczególnie jamy brzusznej i kończyn, wszystko razem na tle zaburzeń naczynio-ruchowych. W każdym z tych trzech przypadków uważa Sundberg za źródło powstałych zmian odruch opłucnej, poddaje ścisłej krytyce ekskluzywną teoryę Brauera, powołuje się oprócz wyników sekcyi na doświadczenia na zwierzętach i na spostrzeżenia kliniczne.

Wolff wpuścił psu do prawej żyły szyjnej 130 cm^3 w ciągu 2 godzin, w dawkach 10—30 cm^3 co 10 minut; zwierzę nie okazywało żadnych zaburzeń. Forlanini wpuszczał psu, z tą samą szybkością, co przy odmie u człowieka (słowa te podkreślamy) 6—8 cm^3 powietrza do lewej komory serca, 2—3 cm^3 do tętnicy szyjnej (carotis primitiva), nie wywołując żadnych zaburzeń. Stąd też, gdy zestawimy porównawczo wagę ciała u psa i u człowieka, nasuwają się wątpliwości, czy minimalne ilości gazu, przez lewe serce. Przytem jest dla Brauera rzeczą obojętną,

[1]) W żyłach opon miękkich znalazł Zink sporo baniek gazu, ale przy odklejaniu opony twardej naczynia miejscami zostały uszkodzone.

jak sądzi Brauer, istotnie mogą wywołać ciężkie objawy zatoru?

W obszernem piśmiennictwie, zestawionem przez Wevera, trudno nam w całym szeregu przytoczonych przypadków orzec, czy chodzi o zator, czy o rzucawkę opłucną. Mamy znów przypadki, gdzie przyczyna poważnych zaburzeń mózgowych, przejściowych, lub zakończonych zejściem śmiertelnem, leży wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w opłucnej. Zebrane przez Zesasa 54 przypadki (8 próbnych nakłuć, 32 przemywania i wstrzykiwania, 14 operacyi ropniaka opłucnej), z których 21 śmiertelnych, przemawiają za rzucawką opłucną. Przypadek Siliga, z prawostronnem porażeniem i zupełną ślepotą w ciągu kilku minut, gdzie igła przy napełnianiu znajdowała się w wolnej jamie opłucnej (stwierdzono promieniami Röntgena podczas zabiegu), przemawiałby także przeciw zatorowi. Z drugiej strony przypadki nie śmiertelne, pociągające jednak za sobą długotrwałe porażenie, należałoby przypisać zatorowi.

Ciekawą w tej zawikłanej sprawie jest ta okoliczność, że Brauer, krytyk niemiłosierny zwolenników »rzucawki«, sam ją przyjmuje, ilustrując ciężkimi przemijającymi objawami w sferze mózgu, serca i płuc, ale nie w tak wysokim stopniu, jak przy zatorze. Podaje on na gruncie faktów klinicznych następujące przyczyny odruchu opłucnego u osobników z nadmierną pobudliwością nerwową: 1) nizka w stosunku do ciepłoty ciała ciepłota azotu, 2) sam fakt przebicia opłucnej, 3) wreszcie samo dotknięcie opłucnej tępym zgłębnikiem [w przypadku No 29 Brauera nastąpił wskutek zgłębnikowania (Touchieren der Pleura) ciężki napad duszności ze skurczem głośni, pomyślnie zakończony]. A właśnie tesame przyczyny »rzucawki opłucnej» podają jej zwolennicy. — Streszczając wszystko wyżej przytoczone, możemy powiedzieć, że sprawa różniczkowego rozpoznania między zatorem, a rzucawką opłucną, nie jest dotąd rozstrzygnięta.

Wysięki.

Wysięki były przedmiotem licznych badań; atoli liczne są wątpliwości, związane z ich pojawieniem się i przebiegiem. Jeśli zważyć, że wysięki ukazują się średnio w 40—50% odmy, to już sama ich częstość jest uderzająca.

Jakie są przyczyny wysięków? Pewną jest jedna: przebicie powierzchownego, rozmiękłego ogniska płucnego do opłucnej z następczym wysiękiem ropnym. Wysięk ropny może powstać wskutek natrafienia narzędzia na rozmiękłe ognisko, ale to rzecz wyjątkowa. Wysięki na początku, jak wskazuje klinika, najczęściej są surowicze, więc gdzież jest ich źródło? Zauważono, iż zdarzają się częściej u chorych ze słabą odpornością ustroju; ta atoli okoliczność może być uważana za podłoże zarówno do rozwoju gruźlicy, jak też i powstawania wysięków, ale nie za przyczynę. Brauer szuka przyczyny we wzmożonem ciśnieniu; przeczy mu Keller, gdyż spostrzegał wysięk, który powstał przy — 4+5, wessał się zaś przy podniesieniu ciśnienia niemal trzykrotnie. Forlanini kładzie nacisk na zaziębienie i gościec. Drugi czynnik jest racyonalny; o ile jest nim pierwszy, dowieść trudno. Muralt, Dumarest, Brauer i inni spostrzegali zjawienie się wysięków w najbliższych dniach po zapaleniu gardła lub zapaleniu oskrzeli i łączą je przyczynowo. Nie wiadomo jednak, czy nie zachodziło jakieś zakażenie, na tle którego mogły powstać współrzędnie: wysięk, zapalenie gardła i zapalenie oskrzeli.

Pomienione przyczyny zjawiają się jednak rzadko i nie mogą nam wytłómaczyć powstawania wysięków u połowy chorych ze sztuczną odmą. Jeśli zaś zważymy, że czas pojawiania się wysięków leży w granicach bardzo rozciągłych: od kilku dni do 14 miesięcy (w naszem Sanatoryum), że zjawiają się one niespodzianie wśród pomyślnego przebiegu odmy, że czas ich trwania, zwiększanie, lub zmniejszanie i wessanie się, przejście surowicznego w ropny i t. d., podlegają falowaniom bez określonego związku z przebiegiem odmy, — wówczas możemy powiedzieć z Hymansem, że o »etyologii wysięków mało co wiemy«. — Przyczyny szukać należy w zmienionych właściwościach opłucnej. Światło zaś na sprawę mogą rzucić badania jej zdolności wydzielniczych i resorbcyjnych w stanie prawidłowym i chorobowym, oparte na badaniach cytologicznych, chemicznych i bakteryologicznych. Tu jednak, niezależnie od trudności przeprowadzenia doświadczeń u zdrowego człowieka, zachodzi i ta okoliczność, że nie wiadomo, w jakim stopniu wpływają różne czynniki, jak dyfuzya, osmoza, ruchy oddechowe, szybkość obiegu krwi i t. d. Nadto na podstawie doświadczeń na zwierzętach, jedni, jak Grober, twierdzą, iż czynność tę w prawidłowych warunkach spełniają naczynia limfatyczne opłucnej, tylko ściennej, Mayer zaś twierdzi, że obie opłucne i płuca odgrywają jednakową rolę. Naturalnie, że dla tej zawikłanej sprawy udział jednej lub obu opłucnych nie może być rzeczą obojętną.

Doświadczenia na zwierzętach świadczą o wielkich zdolnościach wydzielniczo-wsysających opłucnej. — Badania Fleinera z r 1888 wykazują, że jeden ruch oddechowy wystarcza, aby płyn z zawartą w nim zawiesiną przedostał się z jamy opłucnej do szczelin limfatycznych. Przytoczony przez Fleinera Afanasjew po wstrzyknięciu rozczynu karminu do opłucnej znajduje go już w 20 minut potem w moczu. Potwierdzają to następne badania Grawitza i Grobera. Grober stawia nadto jako zasadę, że u zdrowych zwierząt wessanie odbywa się w prostym stosunku do czasu i wagi zwierzęcia. Ostatnimi czasy ciekawe doświadczenia przeprowadził Meyerstein. Wprowadzając salicylan sodu (0·1 gr. w 1 cm^3 rozczynu fizyologicznego) do opłucnej królików zdrowych, znajdował go w moczu we 20—27 minut potem (dożylnie po 5—8 minutach, per os po 40—50 minutach). Jeśli do salicylanu dodawał 20 cm^3 surowicy królika, ogrzanej do 37^0, lub 20 cm^3 azotu, opóźnienia nie było, czyli wypełnienie jamy opłucnej niemal do połowy pojemności nie wpływało na jej czynności wsysające. Dopiero przy dodaniu 40 cm^3 surowicy lub azotu następowało opóźnienie przeszło dwukrotne. Co się tyczy zdolności wydzielniczych, to jodek potasu, wprowadzony »per os« królikowi, zjawiał się w moczu średnio w 15—20 minut (czasem 30—40 min.), w płynie opłucnym w 5—17 minut po zjawieniu się w moczu.

Przechodzimy do człowieka. Już w 1823 r. Davy, badając skład powietrza w odmie naturalnej na zwłokach, wykazał, że opłucna wsysa tlen, a wydziela kwas węglowy. W 1860 Demarquay i Leconte pierwsi wykazali na żywym człowieku, że w zamkniętej odmie znajduje się znacznie więcej kwasu węglowego, niż tlenu, co w kilkanaście lat potem stwierdził Ewald. Ostatnimi czasy podał Tobiesen ciekawe szczegóły o właściwościach wydzielniczo-wsysających opłucnej, badając skład powietrza w rozmaitych postaciach odmy naturalnej u człowieka. W zamkniętej odmie n.p. po 12 dniach znalazł on następujący, znacznie zmieniony skład powietrza: O_2 — 0·09%, CO_2 — 11·33%, Az — 88·58%.

Inaczej rzecz się przedstawia z wydzielaniem i wsysaniem ciał stałych w odmie sztucznej z wysiękiem lub bez niego. Badań w tym kierunku niestety mało.

Wydzielanie. Mayer wprowadzał jodek potasu w ilości 4—5 gr. »per os« i znajdował jod w wysięku dopiero po upływie 3—4 godz. Ale im dłużej trwała odma, tem mniej było jodu. Dłuższy zatem pobyt azotu wpływał ujemnie na czynność opłucnej.

Wsysanie. Przy wprowadzeniu jodipiny 7 chorym do wysięku odmowego, tylko u 2 jod zaledwie dał się wykazać w moczu. U 2. przy suchej odmie, jod ukazał się w moczu po upływie dopiero 2 godzin, u 2 zaś przy przesiękach (choroby serca) po upływie 1 godziny. A więc, powiada Mayer: »przy odmie z wysiękiem zdolność wessania jest w opłucnej znacznie upośledzona».

Przechodzimy do badań bakteryologicznych i cytologicznych. Są one nieliczne i niesystematycznie prowa-

dzone. Zatrzymuję się, jako na bardziej miarodajnych, na badaniach Muralta i Mayera[1]).

Badania bakteryologiczne wykazują, że istnienie drobnoustrojów ropotwórczych, jak gronkowce, paciorkowce i t. d. jest rzeczą rzadką (kilkanaście odsetek). Zgodnie z tem rzadkie są wysięki ostro-zakaźne, o czem już poprzednio mówiliśmy; u Muralta np. 6 na ogólną ilość 36. Natomiast u obu autorów w 45% wysięków stwierdzono laseczniki gruźlicze. Saugmann zaś w najnowszej monografii wspomina, że we wszystkich większych i dłużej trwających wysiękach, z wyjątkiem dwóch tylko, znajdował laseczniki.

Rola laseczników różnie przez Muralta i Mayera jest komentowana. Muralt uważa nietylko wysięki surowicze, ale nawet i ropne z lasecznikami za teren »noli me tangere«, a zabieg chirurgiczny za błąd lekarski (»Kunstfehler«). Opierając się na badaniach Königera, który głosi, że niezależnie od mechanicznego działania ucisku na płuca, biologiczno-chemiczne właściwości opłucnej zmniejszają natężenie zakażenia, uważa Muralt takie wysięki ropne za rzecz dodatnią. Popiera on swój pogląd tem, że pomimo większej ilości prątków gruźliczych, znajdował niweczniki w wysiękach. — Mayer zaś, wypuszczając systematycznie płyn, stwierdził zmniejszanie się ilości prątków gruźliczych i jednoczesne zwiększanie się ilości komórek.

Co się tyczy badań cytologicznych, nie znajdujemy dokładnych danych u Muralta. Powiada on ogólnikowo, że wysięki surowicze, które w 45% nie zmieniają swej formuły limfocytowej, powoli w ciągu kilku miesięcy, lub nawet tygodni nie zwiększają się, lub ulegają wessaniu. Natomiast 55% z limfocytowych przekształcają się na leukocytowe, łatwo się zwiększają, trwają miesiące i lata.

Mayer, poza obrębem nielicznych wysięków ostrozakaźnych, dzieli resztę na dwie grupy:

1) Wysięki odpowiadające gruźliczym: mierna ilość białka, odczyn Moritz-Rivalty dodatni; formuła cytologiczna mieszana. Jeśli w tych wysiękach jest prątków gruźliczych wiele i jeśli przebieg wysięku pomyślny, formuła cytologiczna staje się limfocytową.

2) Odrębny »typ swoisty«. Wysięki te powstają wskutek tego, że »wprowadzony azot wywołuje swoiste podrażnienie czynnościowo uszkodzonej opłucnej i chemotaktycznie wywołuje specyalnego rodzaju wysięk«. W tych »swoistych« wysiękach ilość białka bywa mierna (3—4%), odczyn Moritz-Rivalty dodatni, wyraźna limfocytoza, prątki gruźlicze niestałe i często znikają, wreszcie, co najważniejsze: wybitna eozynochłonność, której towarzyszą niweczniki.

[1]) W pracach Brauera i Spenglera dało się odszukać tylko 3 badania (u 102 chorych z odmą). W jednym przypadku dwoinki zapalenia płuc, w drugim czysta hodowla gronkowców, trzeci jałowy o formule limfocytowej. Fagnioli w 10 przypadkach wysięków (na 23 odmy) powiada ogólnikowo, że zarówno pod drobnowidem, jak i w hodowli, okazały się one jałowymi. Wreszcie Bard wspomina o wysięku surowiczym, który zawierał niewiele krwinek, dużo limfocytów, 7% białka, 8‰ chlorków z próbą Rivalty dodatnią.

W materyale z naszego Sanatoryum w wysiękach odmowych mamy następujące wyniki: 1) Świeże wysięki o charakterze surowiczym ze znaczną przewagą limfocytów; eozynochłonność w jednym tylko przypadku (wynosiła $11\frac{3}{4}$%); wogóle mała ilość komórek (200—2800 w mm³); komórki mało zmienione, włóknik zawsze obecny. Nie znaleziono ani razu prątków gruźliczych pod drobnowidem. 2) Stare wysięki (t. j. mniej w 3 miesiące od pojawienia się). Wyglądają mętnie; komórki rozpadają się; znaczna przewaga wielojądrzastych; eozynochłonności brak; prątków gruźliczych pod drobnowidem nie znaleziono; brak włóknika; ilość komórek 12000—40000 w mm³. — Białko w świeżych i starych wysiękach wynosi 30‰—55‰. Na 11 wysięków zrobiono posiewów 9; z tej liczby 3 posiewy (kartofel bulionowy Rabinowicz) dały czystą hodowlę prątków gruźliczych. Doświadczenia na 9 zwierzętach dały 9 wyników dodatnich co do prątków gruźliczych.

Ponieważ wysięki tego rodzaju stanowią wybitnie przeważającą większość, nic dziwnego, że nietylko nie wywołują żadnych zaburzeń, lecz dzięki istnieniu niweczników wywierają dodatni wpływ na dalszy przebieg choroby.

Gdyby słuszność wniosków Mayera dała się stwierdzić na dużym materyale, wówczas rokowanie przy wysiękach w odmie polegałoby na badaniach cyto-bakteryologicznych.

Zbierając wszystko, możemy powiedzieć o wysiękach w krótkich słowach, co następuje:

Zdolności wsysające i wydzielnicze opłucnej u człowieka, z odmą suchą lub wysiękową, są w porównaniu z królikiem znacznie upośledzone: wsysanie i wydzielanie odbywa się z 5—6-krotnem opóźnieniem.

Ostateczna przyczyna wysięków, z wyjątkiem ostrozakaźnych, pozostaje niezbadaną; »swoiste« podrażnienie opłucnej przez azot nic nie mówi, bez podrażnienia bowiem nie byłoby wysięku, na czem zaś polega owo »swoiste podrażnienie«, nie wiadomo.

Wpływ wysięków na odmę, a więc i rokowanie, są już w pewnym stopniu na podstawie badań cyto-bakteryologicznych wyjaśnione. Chodzi o to, aby badania zostały przeprowadzone na dużym materyale i aby zgodność wyników została stwierdzona. Pozostaje jedno jeszcze pytanie: dlaczego przy pomyślnym przebiegu odmy wysięki surowicze przechodzą nietylko w ropne jałowe, lecz w lasecznikowe, i to bez ujemnych skutków dla ustroju. Sprawa ta ani teoretycznie, ani klinicznie nie jest wyjaśniona.

Bibliografia (wszędzie Brauers Beiträge skrócone B.). 1) Achard: Sem. med. 1903. Nr 16 i Sem. med. 1908. Nr 38. — 2) Auclair: Arch. de med. exp. T. XI et XII. — 3) Bang: B. Bd. 26. — 4) Bach: B. Bd. 18. — 5) Bard: Sem. med. 1913. Nr 19. — 6) Benecke: B. Bd. 9. — 7) Birke: B. IV Suppl. 1913. — 8) Bittorf: M. m. W. 1910, Nr. 23. — 9) Bochalli: B. Bd. 24. — 10) Borzęcki: a) »Zastosow. szt. odmy pier. w leczeniu suchot płucnych«. Warszawa 1911. b) Gaz. lek. 1915, Nr 45. — 11) Burchardt: Sitz. d. Mediz. Gesell. in Basel. D. m. W. 1911. Nr 36. — 12) Bruns: B. Bd. 12 i Bd. 29. — 13) Brauns: Zeitschr. f. Tub. Bd. 18. — 14) Brauer u Gekler: B. B. Bd. 14. — 15) Brauer u. Petersen: Zeitsch. f. phys. Chemie Bd. 44. — 16) Brauer u. Spengler: B. Bd. 14. i 19. — 17) Brauer: a) Zieglers Beitr. 7 Suppl. b) Ther. der Gegenw. Juni 1908. c) 21. Congr. fr. d. chirur. 1908. d) Gr. Geb. d. Med. u. Chirur. Bd. 13. e) Grödels Atlas etc. 1909. f) »Über Pneumothorax« Marburg 1906. g) Arch. f. klin. Chir. Bd. 87. h) D. m. W. 1906. Nr 14. i) Ibid 1906. Nr 47. k) D. m. W. 1906. Nr 7. l) Jahreskurse f. ärztl. Fertb. 1910. m) Deut. Kongr. f. inn. Medizin 1913. n) B. Bd. 12. o) B. IV Suppl. 1913. — 18) Carlström: B. Bd. 22. — 19) Carson: Zeitschr. f. Tub. Bd. 20. — 20) Ciechanowski: (osobisty komunikat II. IV. 1914). — 21) Cloetta: Arch. f. exper. Path. u. Ther. 1911. Bd. 66. — 22) Daus: a) Ther. d. Gegenw. 1909. Heft 5. b) Zeitschr. f. Tub. Bd. 20. c) Ther. d. Gegenw. 1910. Hft 7. — 23 (Drasche: Wien. kl. W. 1899. Nr 45 u. 46. — 24) Dumarest: a) Livre Jubilé prof. Teissier 1909. b) Province méd. 12. XI 1910. c) Journ. med. franç. 15. VI 1912. — 25) Dufour: Sem. med. 1906. Nr 43. — 26) Dunin: Virch. Arch. Bd. 102.— 27) Fagioli: M. M. W. 1912. Nr 19. — 26) Fleiner: Virch. Arch. Bd. 112. — 29) Forlanini: a) D. m. W. 1906. Nr 35. b) M. m. W. 1910. Nr 3. c) Ther. d. Gegenw. 1910. Hft 5 u. 6. d) Ibid 1910. Hft 7. e) D. m. W. 1911. Nr 3. f) D. m. W. 1911. Nr 50. g) D. m. W. 1911. Nr 6. h) (monografia) Erg. d. inn. Med. u. Kinderh. 1912. Bd. 9. i) (Seconda conferenze) Pavia 1908. — 30) Galliard: Sem. med. 1897. p. 214—216. — 31) Geeraerd: Presse med. 1912. Nr 48. — 32) Grober: Ziegl. Beitr. Bd 30. 1901. — 33) Graetz: B. Bd 10. — 34) Gravitz: B. kl. W. 1896. Nr 29. — 35) Guichard: B. 4 Suppl. Band. — 36) Herard Cornil et Hanot: 2 Ed. Paris. 1888. — 37) Hymans, van der Bergh: B. Bd 26. — 38) Holmgren: B. Bd 21. — 39) Itard: Thesè de Paris. 1803. — 40) Kaufmann: a) B. Bd 23. b) M. m. W. 1914. Nr 23. — 41) Keller: B. Bd 22. — 42) Kistler: B. Bd 19. — 43) Konzelmann: B. Bd X. — 44) Königer: a) Zytologische Untersuchungs-Methode etc. Jena 1908. b) Zeitschr. f. Tub. Bd 16 u. 18. c) M. m. W. 1914. Nr 17. — 45) Küss: Pneumothorax artificiel w »Thérapeutique d. mal. res.« Paris 1911.— 46) Kuthy u. Lobmayer: B. Bd 27. — 47) Landois: Lehrbuch der Physiologie 12 Auflage. 1904. 48) Leconte et Demarquay: C. de l' Acad. et Sc 1863. T. 56. Paris. — 49) v. Leyden: D.

m. W. 1890. Nr 7. (Discussion) Verein f. inn. Medizin. B. kl. W. 1888. Nr 30. — 50) May u. Gebhard: Deut. Arch. f. klin. Med. Bd 61. — 51) Mayer: B. Bd 29. — 52) Meyerstein: B. Bd 24.— 53) Mosheim: B. Bd 3. — 54) Moritz: M. m. W. 1914. Nr 24.— 55) v. Muralt: a) B. Bd 19. b) B. Bd 18. c B. 7 Suppl. Band. d) M. m. W. 1909. Nr 50 u. 51. — 56) Nitsch: B. Bd 18 — 57) Nonne: D. m. W. 1886. Nr. 20. — 58) Orłowski u. Fofanoff: B. Bd 30. — 59) Pigger: Ibid. Bd 8. — 60) Penzoldt: Deut. Arch. klin. Med. Bd 84. — 61) Persch: Wien. kl. W. 1911. Nr 38. — 62) Poiseuille: C. de l'Ac. de Sc. Paris 1855.— 63) Potain: Gaz. des hôp. 1888. Nr 49. — 64) Real: B. Bd 29. — 65) Renon: Journ. d. prat 1914. Nr 14. — 66) Rose: D. m. W. 1899. Nr 43 u. 44. — 67) Roth: B. Bd 4. — 68) Rösler: B. Bd 28. — 79) Rübel: a) B. Bd 18. b) Sztuczna odma przy leczeniu gruźlicy płuc S. Petersburg. 1912. (po rosyjsku). — 70) Ruediger: B. Bd 18. — 71) Saugmann: a) Zeitschr. f. Tub. Bd 12. b) Nord Med. Arch, 1910. c) B. Bd 31. — 72) Saugmann u. Begtrup Hansen: B. Bd 15. — 73) Schmidt: a) D. m. W. 1906. Nr 49. b) M. m. W. 1907. Nr 49. c) B. Bd 9. — 74) Silig: a) (Rev.) med. p. la Suisse Romande. Nr 3. 1912. b) Ibid. 1913. Nr 7. — 75) Silig et Tecon: Ibid 1913. Nr. 20. — 76) Skłodowski: Gaz. lek. 1914. Nr 22. — 77) a) L. Spengler: Korr. Blatt f. Schweizer Aerzte 1909. Nr 23. b) Zeitschr. f. Tub. Bd 2. c) Beitr. z. klin. Chir. Bd 49. — 78) L. Spengler u. Sauerbruch: M. m. W. 1913. Nr 51. — 88) Sterling: Przegl. lek. 1912. Nr 1—7. — 80) Świerzyński: Posied. Tow. Lek. Wileńskiego. Ibid, 1912. Nr 7. — 81) Tendeleo: a) Studien über die Ursachen d. Lungenkrankheiten. Wiesbaden 1901. b) B. Bd 11. — 82) Tobiesen: a) B. Bd. 19. b) B. Bd. 21. — 83) Toussaint: (Thèse) Paris 1880. — 84) Wagner: Sem. med. 1906, Nr 43 et 1908. Nr 22. — 85) Weiss: B. Bd 24.— 87) Warnecke: B. Bd 16. — 87) Wellmann: a) B. Bd. 18. b) M. M. W. 1908. Nr 34. — 88) Wever: B. Bd. 31. — 89) Wolff: Virch. Arch. Bd 174. 90) Zesas: a) Deut. Zeitschr. Chir. 1912. Bd 114. b) C. Bl. f. Chir. 1914. Bd 9. — 91) Zink: a) B. Bd 28. b) Ibid.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Opagen, wyrabiany przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował doc. dr Orzechowski na oddziale neurologicznym szpitala powszechnego we Lwowie, w płynie, w ampułkach do wstrzykiwań i w postaci tabletek. Opagen płynny jest dobrze wyjałowiony, bo Orzechowski nie spostrzegał po wstrzyknięciach lokalnych podrażnień skóry. Po wstrzyknięciach występowało działanie pożądane, t. j. uspokojenie, działanie narkotyczne, i to szczególnie w stanach lękowych i lękowego podniecenia. W ten sam sposób działały tabletki opagenowe. Dziennie podawano do 12 tabletek opagenu, nie spostrzegając żadnego ujemnego działania. Opagen działa w zupełnie analogiczny sposób, jak makowiec, niema jednak przytem niektórych ujemnych, względnie niepożądanych objawów działania makowca.

Opagen podawał z dobrym bardzo wynikiem Voit na oddziale prof. dr Wiczkowskiego we Lwowie podskórnie i wewnętrznie, w celu kojenia bolów, wywołania snu, zwolnienia nadmiernej perystaltyki jelit i przeciwwymiotnie. W kilku badanych w tych kierunkach przypadkach działanie pożądane przetworu nie zawodziło nawet przy dłuższem jego podawaniu.

Optanninę, to jest zasadowy garbnikan wapna, stosowano w klinice chorób dziecięcych w Heidelbergu z korzyścią u 36 chorych w przypadkach biegunki (dyspepsia, dyspepsia parenteralis, colica mucosa, enterocolitis dysenteriformis). Dawka u osesków 1—2 gr., u starszych 2·5 gr. na dzień. (Ther. der Gegenw. 1916, 4). Kn.

Granugenol wywiera, według doświadczeń Seuberta u 100 przeszło chorych, nader korzystny wpływ pobudzający na tkankę ziarninową i znacznie przyspiesza gojenie się ran ziarnkujących (Münch. m. W. 1916, 12). Tosamo podaje Dieterich (Ibidem 1916, 7), jakoteż prof. Hiller (Med. Klinik 1916, 15). Warunkiem jednak koniecznym jest ciągłe działanie przetworu na wszystkie części rany, jeżeli rany są zatokowate. Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w dniu 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca Dr W. Jasiński.

(Dokończenie; ob. »Przegl. lek.« z r. 1914).

Następny odczyt: »**W sprawie walki z gruźlicą w Zagłębiu Dąbrowskiem**« wygłosił dr J. Dehnel z Będzina. Prelegent przedstawił dane liczbowe co do liczby chorych na gruźlicę w Zagłębiu Dąbrowskiem: w r. 1901 chorych w szpitalach 145 (przyp. śmiertelnych 51), w ambulatoryach 498, t. j. razem 643; w r. 1912 w szpitalach 268 (102 przyp. śmierci), w ambulatoryach 1418, razem 1686. Dunin oblicza ilość suchotników w Królestwie na 1·5% ludności. Te tak smutne liczby są zależne od krytycznego położenia robotników fabrycznych, braku racyonalnego leczenia oraz niedostatecznego (lub zaniedbanego zupełnie) zwracania uwagi na zwalczanie gniazd zarazy. Akcyę w tym kierunku wszczęli właśnie lekarze Zagłębia, przez swe Towarzystwo lekarskie. Prelegent mówi ogólnie o walce z gruźlicą — więc o wynikach leczenia sanatoryjnego u nas i u obcych, o znaczeniu leczenia szpitalnego (w Berlinie 36—40% wyleczeń, wedł. Gutmana); — stwierdza następnie brak łóżek szpitalnych w Zagłębiu: 400 łóżek na 60 tysięcy suchotników i podkreśla potrzebę stworzenia w Zagłębiu szpitala dla chorych gruźliczych: wymaga tego od właścicieli fabryk nietylko poczucie moralne, lecz wprost przepis prawa. Plan walki z gruźlicą w Zagłębiu omówiony już został przez prelegenta (Zdrowie Nr 8, 1913) i przedstawiony Radzie Zjazdu przemysłowców górniczych — odpowiedź tej Rady była wymijająca, lecz sprawa niebawem ma być poruszona powtórnie. — W zakończeniu wnosi prelegent, aby akcya podobna wszczęta była w innych dzielnicach Królestwa.

Głos zabiera J. Pełczyński (z Radomia): Na przerażający wzrost ilości suchotników u nas ma wpływ niezawodny coraz większe uprzemysłowienie kraju; walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną, staje się coraz bardziej naglącą. Uzdrowiska dla robotników, nader ważne bezsprzecznie w tej walce, nie będą zakładane przez właścicieli fabryk poza Zagłębiem i gub. Piotrkowską, gdyż tylko na tę gubernię rozciągają się postanowienia obowiązujące co do leczenia robotników fabrycznych; gdzieindziej właściciele fabryk postarali się o odebranie inspekcyi fabrycznej prawa wydawania postanowień w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. Nie zarzucając przeto myśli o sanatoryach ludowych, musimy na razie prowadzić walkę z gruźlicą w inny sposób; stworzyć przychodnie, letniska i t. p.

Wł. Czaplicki (z Otwocka) zgadza się, że nieprędko doczekamy się odpowiedniej ilości uzdrowisk dla znacznej liczby chorych na gruźlicę. Okres pobytu w uzdrowiskach do pewnego stopnia skrócić może stosowanie odmy sztucznej w leczeniu gruźlicy; każdy lekarz, a szczególniej szpitalny, stosować ją może. Dla potwierdzenia, że odma skraca czas niezdolności chorego do pracy, opisuje mowca przypadek, w którym chory, gorączkujący do 39·5 od 3 miesięcy, na drugi dzień po zastosowaniu odmy stracił zupełnie gorączkę, a na piąty wrócił do zajęć i od 6 tygodni nie gorączkuje i czuje się zdrowym. Cz. stosował odmę sztuczną w 21 przypadkach; około połowy z tych przypadków wyklucza ze statystyki, gdyż stosowano odmę u ciężko chorych w celu n. p. zatrzymania krwotoków; z innych w 7 przypadkach miał wynik bardzo dobry: dwaj z najdłużej obserwowanych chorych (rok i 8 miesięcy) czują się dzisiaj, jak i wkrótce po zastosowaniu odmy, zupełnie dobrze.

Wł. Schoenaich zwraca uwagę na ważne znaczenie higieny mieszkań w walce z gruźlicą. Mowca obliczył z materyału ambulatoryum szpitala Panny Maryi dla dzieci w Łodzi gęstość zaludnienia 14.066 mieszkań jednoizbowych i stwierdził prawdziwą »nędzę mieszkaniową«, która pod względem higieniczno-społecznym stanowi jedno z największych niebezpieczeństw. Dane szczegółowe przedstawił mowca w pracy, drukowanej w zjazdowym numerze Zdrowia (1914. Nr 6).

Przewodniczący stwierdził, że pożądane są dokładniejsze dane co do sposobów i wyników walki z gruźlicą w naszych warunkach, poczem prelegent (J. Dehnel) odpowiedział przedmowcom: sanatorya nie są alfą i omegą w walce z gruźlicą —

dobrobyt, kultura, postępy higieny publicznej i osobniczej, oto środki zwalczania tej choroby społecznej.

Ponieważ po wyczerpaniu dyskusyi pozostało do końca posiedzenia tyle czasu, ile zająć może jeden jeszcze odczyt, przewodniczący zapytuje, który z odczytów ogół zebranych uważałby za najbardziej pożądany. Wybór pozostawiono prezydyum, które udzieliło głosu dr A. Żebrowskiemu (z Lublina). Prelegent przedstawił w zwięzłem przemówieniu »**Przyczynek do statystyki twardzieli**«, opracowany na zasadzie 53 odpowiedzi na rozesłaną ankietę (260 egz.) w sprawie częstości występowania twardzieli. Z pracy tej wynika, że w południowo-wschodnich powiatach ziemi lubelskiej (t. w. Chełmszczyźnie) oraz na Podlasiu przypadki twardzieli są częste. Ze względu na znaczną zaraźliwość twardzieli, na walkę z tą chorobą, a przedewszystkiem na wczesne jej rozpoznawanie powinniśmy zwrócić baczniejszą uwagę.

W dyskusyi Br. Sitkowski (z Lublina) opisuje 3 przypadki, spostrzegane w szpitalu Jana Bożego w Lublinie wspólnie z Biernackim; pochodziły one z powiatów południowych (Janowski, Biłgorajski). W przypadkach tych zastosowano intubacyę z dobrym wynikiem, rurkę trzymano 2 doby; po wyjęciu chorzy czuli się lepiej, niż przed intubacyą, swobodniej oddychali; jedna z chorych zgłosiła się po $^1/_2$ roku do powtórnej intubacyi. O ostatecznym losie tych chorych mowca nie ma wiadomości.

E. Moniuszko (Zwierzyniec ziemi Lubelskiej) żałuje, że nie otrzymał ankiety, jakkolwiek posiada szpital w Zwierzyńcu, gdzie operował 2 przypadki twardzieli. Co do zaraźliwości tej postaci chorobowej mowca nie zgadza się, by była ona tak wybitna, jak to przedstawia prelegent.

K. Jaczewski (Lublin) uważa twardziel za chorobę endemiczną w ziemi Lubelskiej; w ciągu lat paru widział przeszło 20 przypadków. Rozpoznanie nastręcza często znaczne trudności, a nieznajomość dróg, jakiemi choroba się szerzy, sprawia, iż walka z twardzielą jest szczególniej trudną.

M. Garbaczewski (z Turobina ziemi Lubelskiej) stawia wniosek, aby Lubelskie Tow. lekarskie poświęciło osobne posiedzenie zapoznaniu się z twardzielą i sposobami walki z tą chorobą.

S. Dobrucki (z Lublina) wyraża wdzięczność prelegentowi za poruszenie tak żywotnej sprawy. Zaraźliwość twardzieli jest znaczna i należy obmyśleć sposoby walki z tą chorobą. D. opisuje następnie przypadek twardzieli, w którym wydobył z tchawicy ułamaną rurkę tracheotomijną.

A. Majewski (z Lublina) zwraca uwagę, że przed kilku laty Rydygier junior opisał metodę leczenia twardzieli promieniami Roentgena i podał szereg przypadków trwałego wyleczenia.

Prelegent (A. Zebrowski) odpowiada, że w pracy swej nie mówił o metodach leczenia, lecz o statystyce twardzieli i obmyśleniu profilaktyki; — pożądane byłoby rejestrowanie każdego przypadku, jak to ma miejsce w innych chorobach zakaźnych.

W sprawie osobistej zabiera głos S. Orgelbrand, przepraszając za użycie o stosunku niektórych lekarzy do chorych, niestosownego wyrażenia, na co poprzednio, podczas nieobecności Org. na sali, zwrócił uwagę przewodniczący.

Przewodniczący (E. Wiszniewski) zamyka właściwe obrady Zjazdu życzeniem, aby uchwały, jakie niebawem zapadną, były urzeczywistnione.

Następny Zjazd oznaczono za trzy lata w Częstochowie. Odczytano i przyjęto wnioski komisyi uchwał (drukowane po sprawozdaniu z IV posiedzeuia); dodatkowo powzięto (na wniosek S. Niewirowicza ze Staszowa ziemi Radomskiej) uchwałę, że Zjazd uważa za pożądane, aby wszyscy lekarze prowincyonalni należeli w miarę możności do Towarzystw lekarskich.

Przewodniczący zawiadamia, że z d. 1. października zacznie wychodzić w Warszawie »Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej« i zachęca do poparcia tego wydawnictwa.

Posiedzenie rozwiązano, zapraszając uczestników na luźne zebranie towarzyskie w salonach Resursy o godz. 9 wieczór.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Higiena społeczna.

Kolumny sanitarne Książęco-Biskupiego Komitetu krakowskiego.

O działalności kolumn sanitarnych ogłosiły dzienniki następujący komunikat:

Stłumiwszy po ośmiomiesięcznej pracy epidemię czerwonki, tyfusu brzusznego i plamistego w najgroźniejszych jego ogniskach zachodniej Galicyi, w powiatach: Cieszanowskim, Niskim, Łańcuckim, a zwłaszcza tyfus plamisty w Narolu, dwie kolumny sanitarne K. B. K. przekroczyły śladem zarazy granice Galicyi i na wezwanie ówczesnego jeneralgubernatora, bar. Dillera, usadowiły się w Radomskiem i Lubelskiem. Czekało tam na nie zadanie doniosłe i pilne — pole działania rozległe i niemal dziewicze, gdyż skutkiem zupełnego braku urządzeń sanitarnych dawniejszych, pomimo wszelkich wysiłków władz okupacyjnych znajdowały się tam całe okolice, w których zaraza szerzyła się dowoli niezwalczana: setki i setki ludzi zapadały na nią i nie zaznawszy pomocy lekarskiej, marły, podczas gdy zaraza coraz szersze zataczała kręgi.

Naczelnik kolumn sanitarnych K. B. K., prof. Emil Godlewski, objechawszy okolice, najciężej zarazą dotknięte, rozmieścił w nich kolumny w sposób następujący: Pierwsza kolumna sanitarna pod wodzą Dra Kazimierza Dadeja wyruszyła z trzynastoma pielęgniarkami w Lubelskie i założyła tam trzy szpitale epidemiczne: w Piaskach pod Lublinem, w Wyganowicach w obwodzie Krasnostawskim (w którym projektowany jest jeszcze drugi szpital), i w obwodzie Biłgorajskim w Tarnogrodzie. W Piaskach, gdzie znajduje się zarząd główny całej kolumny pod kierunkiem p. Haliny Hofmanównej, urządzono szpital na 40 łóżek w domu prywatnym i w barakach pocholerycznych. Szpital w Wyganowicach (łóżek 60) znalazł niezwykle wygodne pomieszczenie dzięki obywatelskiej ofiarności p. Juliusza Florkowskiego w jego obszernym dworze. Szpital w Tarnogrodzie na łóżek 50 znajduje się w dawnym budynku szpitalnym. Kierownik piewszej kolumny Dr Dadej objeżdża wszystkie szpitale, a w najodleglejszym z nich, w Tarnogrodzie, znajduje się prócz tego stale absolwentka medycyny, p. Krystyna Stawiarska, od początku do zwalczania tyfusu plamistego włożona. Szpital ten cieszy się też opieką i wydatną pomocą komendy obwodowej: zarówno pułkownika Rollera, jak majora Sochara i lekarza obwodowego, Dr Zygmunta Schnitzla. — Na czele drugiej kolumny sanitarnej K. B. K., która udała się w Radomskie, stoi Dr Maryan Konwerski, mając do pomocy słuchacza medycyny, p. Królikiewicza, jako administratora i kierownika dezynfekcyi, p. Julię Rosenbergerównę, jako kierowniczkę gospodarstwa, i czternaście pielęgniarek. Główna kwatera tej kolumny znajduje się w Ćmielowie (w Opatowskiem), pomieszczona tamże przez ks. Al. Druckiego-Lubelskiego. Kolumna ta otworzyła dotąd trzy szpitale epidemiczne: w samym Ćmielowie w budynku gminnym na 50 łóżek, w Opatowie, również na łóżek 50 i w Pętkowicach (obwód Wierzbnicki) na łóżek 40. Czwarty szpital epidemiczny przygotowuje się w Zawichoście.

Przeważna część członków kolumn sanitarnych prowadzi walkę z epidemią od początku założenia kolumn sanitarnych K. B. K., t. j. od sierpnia 1915 r.

Prócz zwalczania tyfusu plamistego Sekcya sanitarna K. B. K. rozpoczęła również w części okupowanej Królestwa szczepienie ochronne przeciw ospie. Na razie mniejsze, wysłane tam z Krakowa drużyny wyszczepiły z górą 40.000 osób; niebawem rozpocznie się akcya w większym stylu.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska wysłała do c. k. Namiestnictwa dnia 1. maja 1916 następujące pismo: Podpisana Izba lekarska ma zaszczyt przedłożyć Wysokiemu c. k. Namiestnictwu podanie Związku lekarzy okręgowych galicyjskich z jak najgorętszem poparciem zawartych w tem podaniu postulatów. Niepomierne podwyższenie cen artykułów codziennej potrzeby, za czem idzie nadzwyczajne utrudnienie warunków życiowych w czasach obecnych, czynią podwyższenie poborów lekarzy okręgowych za przeprowadzenie szczepienia ospy i tłumienie epidemii rzeczą nieodzowną. Lekarze okręgowi przy obecnych cenach podwód bardzo często z własnej kieszeni dokładają przy wymienionych czynnościach urzędowych, albowiem dotychczasowe kilometrowe i dyety nie wystarczają niejednokrotnie na pokrycie kosztów podróży. A wszak jest rzeczą sprawiedliwą żądać, aby lekarz za te uciążliwe, dużego nakładu pracy wymagające czynności odpowiednio był wynagrodzony. Drugim, według zdania Izby lekarskiej zupełnie słusznym postulatem lekarzy okręgowych jest żądanie, by rachunki, wynikające z tytułu powyższych czynności, były szybko załatwiane i wypłacane. Izba lekarska miała sposobność stwierdzić, że wielu lekarzy okręgowych od przeszło roku nie otrzymało należytości za szczepienie ospy, a kwoty, które im się z tego tytułu należą, dochodzą w nie-

których przypadkach do tysięcy koron. Ten stan rzeczy jest dla Izby lekarskiej zgoła niezrozumiałym. Jak można bowiem żądać od lekarzy okręgowych, wykonujących swój zawód w najtrudniejszych i najprzykrzejszych warunkach, aby tak wielkie kwoty z własnej kieszeni wydawali w interesie dobra publicznego, a na zapłatę byli zmuszeni czekać tak długo. Izba lekarska prosi, by Wysokie c. k. Namiestnictwo raczyło postulaty Związku lekarzy okręgowych rozpatrzeć jak najrychlej i jak najżyczliwiej.

Na to pismo nadeszła odpowiedź następująca (z d. 12. V. 1916 VIIb 97051/18202): Na pismo z dnia 1. b. m. L. 50/16, którem przedłożono petycyę Związku lekarzy okręgowych galicyjskich o podwyższenie należytości komisyjnych, Namiestnictwo oznajmia, że o podwyższenie kilometrowego udaje się równocześnie do Ministerstwa spraw wewnętrznych. Dyety lekarzy, delegowanych do zwalczania chorób zaraźliwych, bywają z reguły podwyższane do 20 K dziennie na zasadzie § 27 ustawy o chorobach zaraźliwych, jeżeli tego lekarze żądają u dotyczącego starostwa. Opóźnienie załatwienia niektórych rachunków jest następstwem braku sił w Departamencie rachunkowym Namiestnictwa, wynikłego z powołania do służby wojskowej znacznej ilości urzędników. Aby wobec takiego stanu rzeczy przyjść z pomocą lekarzom, delegowanym do zwalczania chorób zaraźliwych, Namiestnictwo asygnowało Starostwom stosowne kwoty, z których mogą lekarze otrzymywać zaliczki po przedłożeniu rachunków kosztów podróży. Rachunki te jednak często bywają zbyt późno przedkładane przez lekarzy starostwom lub też bez prośby o udzielenie zaliczki, a w takich razach lekarze sami sobie winę przypisać muszą, że nie otrzymują dość wcześnie kosztów komisyjnych względnie zaliczki na te koszta. Zechce Szanowna Izba stosownie do powyższych uwag poinformować Związek lekarzy okręgowych galicyjskich z tem, że w sprawie podwyższenia kilometrowego Namiestnictwo udzieli wiadomości po nadejściu decyzyi Ministerstwa. Za c. k. Namiestnika: Ustyanowski m. p.

W sprawie podwyższenia honoraryów lekarskich wobec ogólnej drożyzny uchwalił Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej nie ogłaszać żadnej publicznej ogólnej enuncyacyi, natomiast jak najusilniej popierać każde, zarówno indywidualne, jak zbiorowe dążenie do poprawy honoraryów, a zwłaszcza płac ryczałtowych i kontraktowych, odpowiadającej obecnym stosunkom ekonomicznym.

W sprawie wypieku chleba wojennego otrzymujemy następujące uwagi:

Wypiek chleba z miazgą ziemniaczaną uważam, opierając się na osobistych spostrzeżeniach, za formę oszczędności nietylko szkodliwą, ale i nieekonomiczną. O ile mały dodatek mąki ziemniaczanej (znacznie mniejszy niż 20%) mógłby być znośny, to miazga ze swoją podatnością dla fermentacyi nietylko sama przez się może być i jest szkodliwa, ale wskutek swych właściwości psuje smak chleba, utrudnia bardzo prawidłowe jego wypiekanie, a przedewszystkiem psuje skrobię zbożową, z którą wymieszana została. Szkodliwości te w porze obecnej bardzo się potęgują przez to, że obecnie sposób ten wprowadzać może wprost ciała trujące kiełkujących ziemniaków. Uważam za racyonalniejsze wypiekanie chleba z mąki czystej (choćby mieszaniny zbóż), redukując porcye dzienne. Niedobór chleba może sobie każdy wypełnić ziemniakami, ugotowanymi w domu, a tem samem troskliwiej przebranymi, a spożywanymi »na świeżo«. Sprawę uważam za dość doniosłą, aby zwrócić na nią uwagę świata lekarskiego, a pośrednio i władz administracyjnych.

Dr Ludwik Doboszyński (Siersza wodna).

W sprawie walki z chorobami wenerycznemi uchwaliła pruska Izba Panów na zasadzie wniosków br. Bissinga (ob. Nr 6. str. 160) zalecić rządowi następujące środki: większe uwzględnienie pedagogii seksualnej w seminaryach nauczycielskich i uniwersytetach, odpowiednie wpływanie na uczniów i uczennice wszelakich szkół dla uchronienia ich od zboczeń płciowych (»Geschlechtliche Verirrungen«, określenie niezręczne i nie oddające rzeczy), wprowadzenie obowiązkowego egzaminu z chorób skórnych i wenerycznych na medycynie, popieranie niemieckiego Towarzystwa walki z chorobami wenerycznemi i podobnych organizacyi.

Wiadomości bieżące.

Począwszy od dzisiaj będzie »Przegląd lekarski« wychodzić dwa razy na miesiąc.

Kraków. Wobec niebezpieczeństwa epidemii chorób wenerycznych zorganizował Wydział lekarski Uniw. Jagiell. w ramach »Powszechnych wykładów uniwersyteckich« popularne wykłady dla najszerszych kół. Urządzenie wykładów polecił Wydział prof. Dr Ciechanowskiemu. Wykłady te odbyły się w Krakowie w d. 23, 25, 26 i 27 czerwca, osobno dla mężczyzn, kobiet, młodzieży uniwersyteckiej i młodzieży robotniczej; prócz wykładu dla słuchaczy uniwersytetu wszystkie inne odbywały się dla każdej grupy równocześnie w 8 punktach miasta. Wykładali profesorowie: Reiss, Krzyształowicz, Nitsch, Rosner, Dobrowolski, Majewski, docenci Radliński, Zubrzycki, lekarze miejscy Weinsberg, Służewski, Kon, prof. Mojmir, prymaryusz Dr Lachs, radca Dr Piotrowski, asystenci uniwersytetu i sekundaryusze szpitala krajowego: Walter, Rozpędzihowski, Markowa, Radwańska, Wyrzykowska-Michejdzina, Sikorska, Korabczyńska, Gieszczykiewicz, Kleczkowski, Majer, Bujak, Mażylis, Weber. W urządzeniu wykładów pomocna była młodzież uniwersytecka. Z wykładów korzystało około 3000 słuchaczy. Sale były przeważnie przepełnione. Wykłady mają być prowadzone dalej i urządzone także na prowincyi.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 14. VI. b. r. posiedzenie, na którem doc. Dr Janiszewski miał wykład o wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. Dyskusyę rozpoczął prof. Dr Ciechanowski, wnosząc rezolucye, uchwalone potem przez zebranych. Uczestniczyli w niej prócz członków Towarzystwa lekarskiego członkowie Towarzystwa technicznego, którzy licznie przybyli na posiedzenie. Wśród nich zabierał głos r. dw. Ingarden, szef działu technicznego Zakładu odbudowy kraju. — Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 21. VI.) miał Dr Blassberg wykład o żółtaczce epidemicznej, a Dr Gieszczykiewicz o rozpoznawaniu i leczeniu ospy.

— Dyrektorem szpitala dziecięcego św. Ludwika w Krakowie mianowało Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci Dr Otokara Langa; ponieważ Dr Lang obecnie służy w wojsku, przeto uprosiło Towarzystwo prof. Lewkowicza o tymczasowe kierowanie szpitalem. Dr Lang, uczeń prof. M. L. Jakubowskiego, pracował czas dłuższy w szpitalu św. Ludwika, a potem, osiadłszy w Rabce, był kierownikiem lekarskim tamtejszej kolonii leczniczej dla dzieci.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Bogdanikowi za 56 tomów dzieł lekarskich, ofiarowanych bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Zarząd zakładów zdrojowych w Szczawnicy nadesłał nam wiadomość, że zdrojowisko to będzie w tym roku w całym zakresie otwarte, zaznaczając zarazem, że w Szczawnicy jest tylko jeden ogólny zakład zdrojowy, obejmujący zarówno t. zw. »górne« łazienki, jak i t. zw. »stare łazienki«, oraz wszystkie parki i zdroje.

Warszawa. W sprawie obsady dalszych katedr na Wydziale lekarskim Uniwersytetu warszawskiego stwierdziliśmy, że wszystkie te sprawy są dopiero w toku prac przygotowawczych. Wiadomości, podane w Nrze 6. »Przeglądu lekarskiego«, polegały na informacyach prywatnych, jak się okazuje, nieścisłych.

— »Gazeta lekarska«, zamykając tegorocznym zeszytem Nr 26 swój rocznik pięćdziesiąty, uważa za właściwy jeden tylko sposób uczczenia tej rocznicy: »wzmożony jeszcze wysiłek pracy i starań« i w tej myśli zamierza wydać najbliższy numer w rozmiarach zwiększonych, wypełniając go wyłącznie pracami współwłaścicieli pisma.

— W nader uroczyście, jak wiadomo, obchodzonej rocznicy konstytucyi 3 Maja, uczestniczyły wybitnie koła lekarskie. W czasopismach lekarskich warszawskich wyszły odpowiednie artykuły wstępne. W Towarzystwie higienicznem miał Dr Jaworski na uroczystem posiedzeniu wykład: »Prawo o miastach oraz sprawy miejskie w epoce Sejmu czteroletniego wobec współczesnych poglądów na gospodarkę miejską«, a w Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy historyk Wł. Smoleński wykład: »O znaczeniu konstytucyi 3 Maja«.

— W Zarządzie wskrzeszonej niedawno Macierzy szkolnej zasiadają z lekarzy: rektor Dr Brudziński, Dr Chełchowski, Kowalski, Nusbaum, Rząd, przewodniczącym Rady nadzorczej wybrany został Dr Alfred Sokołowski.

— Według ordynacyi wyborczej, nadanej Warszawie przez władze okupacyjne, mają lekarze wybierać trzech radnych miasta. Sprawą wyborów zajęło się Stowarzyszenie lekarzy w porozumieniu z Towarzystwem lekarskiem, tworząc osobny komitet wyborczy, złożony z 18 członków.

— Sekcya tanich kuchni i herbaciarni K. O. Warszawy wydała sprawozdanie za r. 1915. Ze sprawozdania tego wystarczy podać jedną tylko cyfrę: oto wydano w ciągu roku z górą 10 i pół miliona posiłków, z tego 4 i pół miliona bezpłatnych.

— W kwietniowym zeszycie »Zdrowia« znajduje się bardzo zajmujące sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1905, dowodzące, że pomimo czasów wojennych spełniało Towarzystwo niemal wszystkie swoje zwykłe zadania, walcząc szczęśliwie z rozlicznemi trudnościami, a nawet rozszerzyło zakres swej pracy (utworzono n. p. dwa nowe wydziały i t. p.).

— Wydział szpitalny przedstawił Zarządowi miasta projekt, aby lekarzom w razie zapadnięcia (w służbie szpitalnej) na chorobę zakaźną wypłacano dziennie 5—10 rb., rodzinom ich w razie ich śmierci zapomogę 6000 rb.

— Wprowadzone zostało przymusowe szczepienie ospy wszystkim bez wyjątku.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1913« pod redakcyą Dr. Tadeusza Borzęckiego.

— Dr Zygmunt Monsiorski (Wspólna 42), przystępując do opracowania podręcznika ginekologii, prosi autorów prac ginekologicznych o nadesłanie odbitek. (Gaz. lek. 23).

— Jako wydawnictwo Towarzystwa naukowego warszawskiego wyszedł tom I. prac z pracowni neurobiologicznej Dr Edwarda Flatau z zapomogi Kasy im. Mianowskiego.

Zmarli: hematolog prof. Türk w Wiedniu, chirurg prof. Bruns w Tübingen, chirurg prof. Kehr w Berlinie;

Dr Juliusz Wyrzykowski w 78 r. ż. w Warszawie, Włodzimierz Hanakowski w 50 r. ż. i Ferdynand Josse w 43 r. ż. w Krakowie, Czesław Kotowicz w Mińsku, Teofil Szpot w 46 r. ż. w Pińczowie, Stanisław Wisznicki w 50 r. ż. w Szydłowcu, Maksymilian Nowicki w 48 r. ż. w Lublinie, docent uniwersytetu kijowskiego Jan Studziński w 42 r. ż. w Moskwie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zesz. 6. (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Zeszyt czerwcowy »Kursów«, poświęcony, jak corocznie, pedyatryi, wypełniają trzy rozprawy prof. Langsteina: »Szczególne właściwości a odżywianie noworodków«, »Szczegóły z patologii i terapii krztuśca«, oraz »Przegląd postępów pedyatryi«. Pierwsza z tych rozpraw uwzględnia także dzieci, urodzone przedwcześnie. r.

Geza von Hoffmann: **Wojna a higiena rasy.** (Krieg und Rassenhygiene). Monachium 1916, str. 29 (J. F. Lehmann). Cena 0·80 Mk.

Autor bardzo ciekawej książki o higienie rasy w Ameryce (z której zdawaliśmy sprawę w »Przeglądzie« w r. 1913) podaje w tej broszurce w formie bardzo treściwej, a łatwo dla każdego dostępnej, najgłówniejsze wiadomości o stosunku wojny do higieny rasy. Przedewszystkiem prostuje autor mylne porównanie wymierania ludów ze śmiercią jednostki. Wymieranie ludów jest bowiem wynikiem niedostatecznej rozrodczości, która nie jest jednak skutkiem »zestarzenia się« narodu, ale innych przyczyn, i to — w przeciwieństwie do starzenia się — dających się usunąć. Następnie rozbiera autor wpływ wojny i kultury na rasę, stwierdzając, że wojna może być dodatnim czynnikiem selekcyjnym między narodami, ale w obrębie jednego narodu jest zawsze ujemnym. Wreszcie rozpatruje autor środki zaradcze.

Broszura zasługuje ze wszech miar na to, aby ją przeczytał każdy lekarz, któremu przyszłość jego narodu nie jest obojętna. r.

Geith: **Krótki podręcznik sporządzania preparatów histopatologicznych.** (Kurze Anleitung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate). Monachium 1916 (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Książeczka Geitha podaje na 48 stronach tylko najpotrzebniejsze i najczęściej używane sposoby sporządzania preparatów, bo też ma być podręcznikiem tylko dla początkujących. Cel ten w zupełności może osiągnąć, a właśnie przez swe małe rozmiary dogodniej nadaje się do użytku, niż większe, dotąd wydane, podręczniki techniki histopatologicznej, zawierające dużo balastu. Wszystkie przepisy podał G. w formie przejrzystej. r.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lekarska 1915 (c. d.) Nr. 28—52: Likiernik: Policytemia a dno oka (28—32). — Stankiewicz: Z kazuistyki ran postrzałowych organów moczopłciowych (29). — Pruszyński: W sprawie organizacyi uniwersytetu w Warszawie (30). — Czajkowski: Rak sutki męskiej z przerzutami w kręgosłupie (31). — Jonscher: O heterologicznej aglutynacyi zarazków duru w gruźlicy (32—35). — Studziński M.: Spostrzeżenia nad uśpieniem eterowooliwowem (33). — Szmurło: Niezwykły przypadek rany postrzałowej szczęki górnej i szyi (34). — Horodyński: W sprawie usypiania zapomocą lewatyw eterowych (36). — Karwacki: Paweł Ehrlich (37). — Karwacki i Groerówna: Dwa przypadki ostrego gośćca stawowego (37—39). — Ruppert: O stosowaniu szczepionki przeciwcholerycznej (39). — Białokur: O leczeniu wzmacniającem zapomocą zastrzykiwań żelaza ze strychniną (40—42). — Sterling St.: Odczyn opaskowy, jako objaw rozpoznawczy w tyfusie plamistym (41). — Rejchman: O dwóch sposobach leczenia nawykowego zaparcia stolca (42). — Kryński: Czego nauczył nas w chirurgii polowej ubiegły rok wojny? (43—44). — Gryglewicz i Sokalski: Epidemia dyzenteryi w szpitalu św. Stanisława w r. 1914 (44—47). — Jonscher: Przypadek nerki wędrującej u 10-letniego chłopca (45). — Artykuł wstępny z powodu otwarcia uniwersytetu (46). — Bieliński: Szkoły lekarskie w Warszawie (46). — Gabszewicz: Usunięcie ciała obcego z serca (47). — Sokołowski: Karol Marcinkowski (48). — Horodyński: Przyczynek do patologii uchyłka Meckela (49—50). — Zahorski K.: Znikanie objawu Cheyne-Stokesa pod wpływem wdychań tlenu i t. d. (49). — Zieleniewski: Stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia i t. d. (50). — Karwacki: Przyczynek do roli chorobotwórczej lasecznika Achalmea (51). — Hewelke: Sposób mechaniczny ułatwiania defekacyi (51). — Sterling St.: Ciśnienie krwi w przebiegu tyfusu plamistego (52). — Zahorski K.: Mnogie

rany klatki piersiowej, zadane gwoździem w celu samobójczym (52).

Gazeta lekarska 1916 Nr 1—21: Loth: Wykład wstępny z anatomii opisowej (1). — Pruszyński: O działaniu anafilaktycznem endotoksyn cholery i czerwonki (1—2). — Gepner: Ś. p. prof. B. Wicherkiewicz (2). — Jaworski: Ś. p. Teodor Borysowicz (3). — Sokołowski: O związku urazu z rozwojem gruźlicy płucnej i chorób organicznych serca (3—4). — Bączkiewicz: S. p. prof. dr. M. L. Jakubowski (4). — Bujwid: Wyrób i stosowanie ochronne szczepionek cholerycznej i tyfusowej w czasie obecnym (5). — Szumlański: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w uchu (5). — Heryng: Leczenie głosu śpiewaczego zapomocą rękoczynów operacyjnych (6—7). — Czajkowski: Makowiec polski i spostrzeżenia nad nim (6). — Zawadzki: Rany postrzałowe naczyń krwionośnych (7—8). — Reichman: O rozstrzeni dwunastnicy (8—9). — Puławski: Ś. p. Karol Benni (9). — Higier: Zapalenie rdzenia w przebiegu tężca (9—10). — Puławski: S. p. Henryk Fidler (10). — Jaworski J.: O zaburzeniach w sferze płciowej u kobiet pod wpływem niedostatecznego odżywiania (10—12). — Starkiewicz: Choroba puchlinowa (11—12). — Goldflam: W kwestyi t. zw. dowolnych ruchów źrenic (12—15). — Waldenberg: O wynikach leczenia operacyjnego zapalenia wyrostka robaczkowego (13). — Pruszyński: Ś. p. Stanisław Domański (14). — Brudziński: O nowych objawach podrażnienia i zapalenia opon mózgowordzeniowych (15). — Brudziński: Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej (16). — Brudziński: O nowej postaci objawu karkowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych u dzieci (16). — Bronowski: Kilka przypadków zapalenia otrzewnej w zakażeniach pneumokokkowych u dorosłych (17). — Czajkowski: Lecznictwo fizykalne w naszych szpitalach (17). — Mossakowski: Przyrząd do rozwierania klatki piersiowej na zwłokach (18). — Kraskowski: Doświadczenia w sprawie tępienia wszy (18). — Łapiński: Opieka lekarska i społeczna nad kalekami i inwalidami (18—19). — Stef. Sterling: Jeszcze o odczynie opaskowym (19). — Margolis: Odczyn opaskowy w tyfusie plamistym i brzusznym (19). — Koskowski: Odczyn skórny w durze (20). — Kowalski: Wpływ nerwów błędnych i współczulnych na czynność serca (20—21). — Stefan Sterling: Notatka o optochinie (20).

Medycyna i Kronika lekarska 1914. Nr 33—52: Grzywo-Dąbrowski: Stosowanie luminalu w otępieniu padaczkowem (33). — Maybaum: O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia (dok. 34). — Pański: Przypadek torbieli móżdżku (34—36). — Przygoda: Modyfikacya przekłucia próbnego jamy opłucny (35). — Giedgowd: O różnicy pomiędzy krtanią dziecięcą a krtanią dorosłego (30—42). — Nisenson: Przypadek płonicy, powikłany gośćcem i t. d. (39). — Messing: Przyczynek do leczenia zimnicy salwarsanem (41). — Lubliner: Rana postrzałowa z uwięźnięciem kuli w jamie Highmora i t. d. (43). — Zawadzki: Uszkodzenia skutkiem bomb, rzucanych przez lotników (44). — Higier: Niektóre rzadsze objawy w 2 przypadkach zajęcia wzgórka wzrokowego (45—48). — Krauze: Przypadek uszkodzenia pociskiem wybuchającym, rzuconym z aeroplanu (46). — Hewelke: Sposób ilościowego określenia mocznika zapomocą ureazy (47). — W. Biehler: Uproszczony sposób przedstawienia graficznego uszkodzeń, powstałych od rozmaitych pocisków (48). — Adelfang: Stosowanie odczynu Abderhaldena w rozpoznawaniu ciąży i nowotworów złośliwych (49). — Zawadzki: Sposoby oczyszczania ścieków zagranicą (43—52). — Tokarski: Przypadek wodogłowia z jednoczesną syringomyelią (51). — Ś. p. Fr. Neugebauer (50). — Bajenkiewicz: Przyczynek do zranień, spowodowanych przez pociski wybuchające (50). — Rosenberg: Niezwykły przypadek zakażenia syfilitycznego pozapłciowego. (52).

Medycyna i Kronika lek. 1915 Nr 1—52: Hirszfeld: O rozpoznawaniu syfilisu na zasadzie zjawisk krzepnienia krwi (1) — Wejnert: O wartości badania zgłębnikiem stanu żołądka na czczo (2—3). — Rechniowski: Statystyka zapaleń wyrostka robaczkowego, leczonych w szpitalu św. Trójcy w Piotrkowie (4—6). — Sokołowski: Ś. p. Konrad Dobrski (7). — Leyberg: O wstrzykiwaniu stężonych roztworów neosalwarsanu do odbytnicy (7—8). — Giedgowd: O białku w plwocinie w zapaleniu płuc włóknikowem (9—11). — Leśniowski: W sprawie leczenia operacyjnego nerki ruchomej (11—13). — Moniuszko: Nowy sposób usypiania zapomocą lawatywy z eteru (13—14). — Koenigstein: O krwotokach pooperacyjnych z górnego odcinka dróg oddechowych (15—19). — Higier: Leczenie niechirurgiczne w chirurgii polowej (16—19). — Zawadzki: Mieczysław Halpern (wspomnienie pośm.) (17). — Biegański: W sprawie profilaktyki osobistej w durze wysypkowym (17). — Nisenson: Rzut oka na endemie płonicy w Warszawie w 1914 r. (20). — Pański: Przypadek porażenia przepony po kontuzyi (21). — Borowska: Przyczynek do leczenia rzeżączki u kobiet i dzieci (22—26). — Zawadzki: Przyczynek do leczenia zatrucia chlorem (25). — Heiman: Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego (26—28). — Orłowski: W sprawie instytutów wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego (28—30). — Pański: Przypadek uszkodzenia mózgu w obrębie zakrętu środkowego tylnego (29). — Gnoiński: Przypadek zgorzeli moszny, prącia i górnej części krocza (31). — Pański: W sprawie nerwicy wskutek kontuzyi i wstrząsów wojennych (32—34). — J. Z. (Zawadzki): Jak się żywić w czasie wojny (32—33). — Mintz: O niepomyślnych skutkach gastroenterostomii (35—36). — Higier: Z dziedziny przesądów i błędów dyagnostycznych neurochirurgii polowej (37—41). — Mutermilch: Prof. P. Ehrlich (życiorys) (39—40). — Korybut-Daszkiewicz: O zgorzeli pierwotnej narządów płciowych zewnętrznych u małych dziewcząteк (42). — Orłowski: Polska wszechnica (43). — Srebrny: Z kliniki zwężeń tchawicy (43—47). — Peszke: Wspomnienie o dr. Karolu Marcinkowskim (47). — Zylberlastówna: Przypadki niedorozwoju układu nerwowego (48—50). — Giedgowd: O przepuklinie kresy białej i stosunku jej do urazu (51—52). — W. Biehler: Przypadek uchyłka Meckela w przepuklinie pachwinowej (51). — Zawadzki: Artykuł z powodu pięćdziesięciolecia wydawnictwa (52).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Sprawozdanie

Biura Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1914 i 1915.

Z powodu wojny jest niemożebnem zgromadzić potrzebnej, według wymogów statutu, liczby delegatów na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, któremu mogłaby Rada zawiadowcza złożyć sprawę z czynności swojej.

Okazało się nadto, że po inwazyi nawet nie można było zgromadzić potrzebnej do powzięcia prawomocnych uchwał liczby członków Rady zawiadowczej, gdyż większa część mieszka poza Lwowem. Wobec tego, biuro Towarzystwa, które prowadzi sprawy, ogłasza wyciąg ze sprawozdania za r. 1914 i 1915. Podajemy tylko najgłówniejsze statystyczne daty i ściśle rzeczowe wykazy i liczby, które stwierdzają stan majątkowy Towarzystwa w dniu 31 grudnia 1915.

I.

W roku 1914 należało do Towarzystwa naszego 772 członków, z tych należało do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 279 — do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego 219 — do oddziałów prowincyonalnych 271 — mieszkało poza granicami kraju 3.

W roku 1915 było 758 członków. Ze Lwowa 269, z Krakowa 215, z oddziałów prowincyonalnych 271 — mieszkało poza granicami kraju 3.

W ubiegłem dwuleciu śmierć spowodowała bolesne i liczne straty w szeregu członków Towarzystwa.

Podczas inwazyi zmarł ostatni z żyjących jeszcze założycieli Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr Bolesław Głowacki. Należał do Towarzystwa lat 48. W swoim czasie brał żywy udział w życiu tegoż i przyczynił się do jego rozwoju i wzrostu. Był członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. W uznaniu jego zasług zamianowała Dr Głowackiego Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich na marcowem posiedzeniu 1914 także członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Potwierdzenia tego mianowania przez Walne Zgromadzenie odroczone z powodu wojny, nie doczekał się. Inwazyi również nie przeżył prof. Grzegorz Ziembicki, były członek Rady zawiadowczej naszego Towarzystwa i fundator funduszu wieczystego. Dalej zmarli w tych latach z lwowskich kolegów: Burzyński Alfred, Chomin Antoni, Czarnik Stanisław, Elektorowicz Emil, Gembarzewski Zygmunt, Kossak Leon, Lazarus H., Świątkowski Jan, Szydłowski Zdzisław, Turnau Karol i Zawadil Bogumił. Z kolegów krakowskich: Prof. M. Jakubowski, Prof. B. Wicherkiewicz, Prof. E. Mięsowicz, Prof. St. Ponikło, Prof. K. Żuławski, Doc. St. Droba, Adam Rydel, St. Szurek, Alfr. Grünberg, R. Sopiński i M. Schudmak.

Z zamieszkałych na prowincyi: koledzy Bujalski z Obertyna, Bukowski z Wadowic, Dolnicki ze Stryja, Edelheit z Sanoka, Gąsiorowski z Winnik, Gawlik z Zakopanego, Jajus z Sokala, Michalik z Worochty, Rotter z Cieszanowa' Strumieński z Brodów, Tarchalski z Zatora i Zborowski z Andrychowa. Cześć ich pamięci!

II.

1. Dary. Zwyczaj pamiętania o wdowach i sierotach po kolegach naszych, którzy zmarli, zanim zabezpieczyli przyszłość swojej rodzinie, przyniósł następujące dochody:

W roku 1914 ofiarowali na wdowy i sieroty:

Dr Hirschler (Lwów) 5 K, Związek lekarzy rządowych ku uczczeniu pamięci ś. p. kolegi Barzyckiego 381 K, koledzy lwowscy zamiast wieńca na trumnę ś. p. Alfreda Burzyńskiego 80 K, Dr Lic Henryk nieprzyjęte honoraryum 50 K, Dr Pilewski zamiast wieńca dla ś. p. Festenburga 50 K, kolega Machek 25 K, Dr Borysiewicz (Monasterzyska) 106 K, Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 500 K, Wydział lekarski we Lwowie, oprócz wieńca na trumnę ś. p. Festenburga, 92 K. Razem 1289 K.

W roku 1915: Prof. Gilewska z Wiednia na fundusz imienia swojego męża 1.000 K za rok 1915 — a 500 K już na rachunek roku 1916 — razem 1.500 K. — Kolega Machek 160 K 80 h. Razem 1.660 K 80 h.

2. Zapisy na rzecz Towarzystwa, poczynione w r. 1913, dotąd z powodu wojny nie zostały zrealizowane. Nie zachodzą jednakże, jak z toku postępowania spadkowego wynika, żadne trudności w przeprowadzeniu rzeczy. Spadek po kol. Gawałkiewiczu wynosi 10.000 K, po kol. Kaliszu 5.000 K, po kol. Lukasie 194.000 K. Tenże oprócz tej sumy zapisał Towarzystwu jeszcze 30.000 K, z których pobierała dożywocie jego bratowa, pani Lukasowa, która wkrótce zmarła. Po jej śmierci, w myśl ostatniej woli, po-

biera dożywocie z tej sumy siostra pani Lukasowej, p W. Turuszewicz.

W tegorocznym wykazie funduszów wieczystych już umieściliśmy w osobnym dziale zapisane nam sumy, skutkiem czego fundusze nienaruszalne powiększyły się o umieszczoną w depozytach kwotę 239 000 K.

Chociaż sprawa spadkowa po ś. p. Lukasie jeszcze jest w toku, Bank krajowy, który administruje złożoną tamże kwotą 194.000, na propozycyę kuratora testamentu adwokata Dr Zbyszewskiego, po przyznanem ze strony Towarzystwa zabezpieczeniu na naszym depozycie Nr 2978, przyzwolił na wypłacanie nam odsetek. Pierwszą ratę już w roku 1916 pobraliśmy. Z początkiem tedy roku 1916 fundacya Lukasa częściowo wchodzi w życie. Jest to po fundacyi Stillera najpoważniejsza fundacya naszego Towarzystwa.

Panu Dr Stanisławowi Zbyszewskiemu za życzliwą opiekę, którą otacza fundusz ś. p. Lukasa, na tem miejscu składamy publiczne podziękowanie.

3. Wsparcia stałe i czasowe (Pensye i zapomogi). W roku 1914 wsparcia stałe wynosiły 8.675 K, czasowe 4.390 K. Razem 13 065 K.

W roku 1915 stałe 11.560, czasowe 4.360 — razem 15.920 K.

W latach tedy 1914 i 1915 pobrały nasze wdowy i sieroty 28.985 K, a jeżeli do tego dodamy pobranych 7.250 K w czterech pierwszych miesiącach roku 1916, to Towarzystwo, w czasie tej wielkiej potrzeby, wspomogło je kwotą 36.235 K. Mogliśmy to uczynić dzięki ofiarności naszych fundatorów, gdyż nasze dochody bieżące od wybuchu wojny aż do końca 1915 roku zanikły zupełnie. Podczas samej inwazyi, w zajętej części Galicyi przyznawał wsparcia kolega Schellenberg w porozumieniu z kolegami Juraszem i Müllerem, zaciągnąwszy w Banku krajowym dług 6.000 K, który prawie już spłaciliśmy. Wdowom i sierotom, zamieszkałym poza granicami inwazyi, a także w Królestwie Polskiem i w Niemczech, rozsyłał wsparcia prezes Towarzystwa (11.400 K) w porozumieniu pisemnem z kolegami Browiczem, Ciechanowskim, Gluzińskim i Renckim.

Nie można na tem miejscu nie wspomnieć, czem była ta pomoc w tych ciężkich czasach. Wartość małego wsparcia wzrastała do poważnych rozmiarów. Złamane postacie niewiast, wdów po naszych kolegach, łzawem okiem oczekiwały najskromniejszej pomocy, która była rzeczą chleba na dziś dla nich i dla ich sierót. Niech błogosławioną będzie pamięć naszych fundatorów, których ofiara dała pomoc w tej wielkiej potrzebie.

Z pensyonistek naszych zmarły doktorowa Teitelbaumowa w Brzeżanach i doktorowa Krąpcowa w Lipsku w Saksonii. Wykaz imienny wdów i sierot, które pobierały wsparcia, ogłosimy w następnem sprawozdaniu. Stałe zapomogi (pensye) pobierało 35 wdów lub sierót, jednorazowych wsparć udzielono 104.

4. Fundacye wieczyste wzrosły do kwoty 796.732·11 K.

Kapitał jest nienaruszalny. Rozporządzaliśmy tylko odsetkami, i to mniejszej części, t. j. kwoty 370.000 K. Odsetki z reszty, t. j. kwoty 426.732·11 K, pobierają w przeważnej części dożywotnicy. Pewna część na życzenie fundatorów przyłącza się na razie do kapitałów fundacyi, które skutkiem tego wzrastają.

5. O ruchu naukowym w Krakowie i Lwowie złożyły sprawozdanie Towarzystwa lekarskie. W oddziale jarosławskim, któremu przewodniczy Dr Czyżewicz, odbywają się posiedzenia naukowe.

Pisma nasze, »Tygodnik lekarski« i »Przegląd lekarski«, z rozpoczęciem wojny zawiesiły wydawnictwo. »Przegląd lekarski« już od jesieni 1915 r. znowu wychodzi, narazie jako pismo miesięczne, i jest, zanim »Tygodnik« znowu zacznie wychodzić, jedynym organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. »Przegląd« odbierają wszyscy członkowie Towarzystwa naszego, których miejsce pobytu jest nam znane. Ponieważ członkowie oddziałów prowincyonalnych przez dłuższy czas pism nie pobierali, obniżyła Rada zawiadowcza dla nich opłatę roczną z 25 K na rok 1914 na 20 K, na rok 1915 na 12 K, a na rok 1916 na 15 K.

6. Zestawienie rachunków za r. 1914 i 1915 wykazuje, jak niekorzystny wpływ wywarła wojna na dochody naszego Towarzystwa. Należy je porównać ze sprawozdaniem za rok 1913, ogłoszonem w »Przeglądzie lekarskim« w marcu 1914. Dzięki zasobom kasowym, uzbieranym w latach 1911—1913. pokryto potrzeby Towarzystwa z gotówki, bez zaciągnięcia pożyczki.

Listę członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłosimy w sprawozdaniu za rok 1916.

III.

Sprawozdanie z Morszyna.

Zakład wydzierżawiliśmy z rokiem 1914 na lat 10 panu Władysławowi Makarewiczowi, właścicielowi »Gościnnego Dworu« w Jaremczu. Dzierżawa jednakże nie wstrzymuje sprzedaży majątku, gdyby Towarzystwo go sprzedać chciało, a władze, nadzorujące fundacye krajowe, na to zezwoliły. Dzięki uzbieranemu funduszowi inwestycyjnemu zrestaurowano przed wojną gruntownie łazienki, kosztem 3.000 K. Inne inwestycye i restauracye były w toku. Zakład w lipcu 1914 był zapełniony, pozostawał pod lekarskim kierunkiem Dr Witolda Schreibera, a w dwa dni po wypowiedzeniu wojny opróżnił się zupełnie. Przez czas inwazyi dzierżawcy lub ich zastępcy byli na miejscu i szkody nie było. Dopiero podczas wypierania wojsk nieprzyjacielskich stał się Morszyn przez kilka dni polem bitwy. Część ludności i dzierżawców wydalono. Skoro jednakże wojska rosyjskie ustąpiły, dzierżawcy wrócili. Teraz zastano bardzo znaczne szkody w zakładzie — brak inwentarza zakładowego, pościeli i urządzenia wewnętrznego, znaczne uszkodzenia zrestaurowanych łazienek i budynków, wreszcie parku. W lesie ścięto wiele drzew, a za parkiem wykopano rowy obronne, do czego użyto materyału drzewnego, złożonego w lesie. Budynki folwarczne uszkodzono, budulec, materyały, przygotowane do pokrycia dachów w folwarku gonty, pozabierano. Obecnie dzierżawcy pozostają na miejscu i starają się szkody naprawić. Towarzystwo lekarzy galicyjskich wniosło do władzy podanie o wynagrodzenie szkód wojennych, które zaszły w zakładzie, folwarku i w lesie. Dzierżawcy zakładu, folwarku, warzelni i źródeł wnieśli ze swojej strony podanie o wynagrodzenie szkód wojennych, o ile dotyczyły ich własności. Dla Towarzystwa strata inwentarza zakładowego jest dotkliwą szkodą. Bez sprawienia nowego inwentarza zakładu prowadzić nie można.

Zdaje się, że pomimo planu sprzedaży, w przyszłości będziemy jeszcze przez czas jakiś zmuszeni administrować Morszynem. Na Walnem Zgromadzeniu złoży zarząd szczegółowe sprawozdanie ze stanu majątku i przedłoży propozycye, które mają dalszą gospodarkę umożebnić. Na razie, wobec braku dochodów, opłata podatków i rat bankowych jest wstrzymana.

Dzierżawcy dotąd nie mogli złożyć należytości. Wyjątek stanowi p. Dr Poratyński, który za dzierżawę wyrobów morszyńskich złożył należytość za rok 1914 i 1915.

IV.

W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy:

Prezes: Machek Emanuel (Lwów); zastępca prezesa: Rencki Roman (Lwów); sekretarz: Zabłocki Stanisław (w niewoli ros.); skarbnik: Schellenberg Leopold (Lwów).

Członkowie Rady koledzy: Browicz Tadeusz (Kraków), Ciechanowski Stanisław (Kraków), Fechter Tadeusz (Jarosław), Gluziński Antoni (Lwów); Lachowicz Zdzisław (Biała); Müller Emil (Biała) i Sołtysik Mieczysław (Stryj).

We Lwowie 5. maja 1916.

Z Biura Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

R. Rencki
A. Gluziński
St. Ciechanowski

E. Machek
prezes.

1. Zestawienie rachunków za rok 1914 i 1915.

DOCHODY.

		1914		1915	
	Stan gotówki 1. stycznia	5.437	82	7.977	13
1	Morszyn zakład i posiadłość	7.857	80	872	—
2	Fundusz inwestycyjny na restauracyę łazienek	—	—	3.000	—
3	Opłaty statutowe Towarzystwa lekarsk. lwowskiego	—	—	1.096	—
4	» » » » krakowskiego	—	—	868	—
5	» członków	5.728	—	50	—
6	Wpisowe	60	—	—	—
7	Dary na wdowy i sieroty	1.289	—	1.160	80
8	Odsetki zrealizowane z kapitałów	11.440	93	12.038	74
9	Za wylosowane efekta funduszów wieczystych	1.200	—	—	—
	Razem	33.013	55	27.562	67

WYDATKI.

		1914		1915	
1	Morszyn zakład i posiadłość	7.285	60	1.512	—
2	Ryczałt za restauracyę łazienek	—	—	3.000	—
3	Administracya, manipulantka, lokal	671	51	1.182	35
4	Tygodnik lekarski	609	75	1.006	—
5	Przegląd lekarski	1.359	49	868	—
6	Wsparcia stałe (pensye)	8.675	—	11.560	—
7	Wsparcia jednorazowe (zapomogi)	4.390	—	4.360	—
8	Zakupione papiery wartościowe dla funduszów	1.116	75	—	—
9	Podatek ekwiwalentowy	368	32	—	—
10	Odsetki za pożyczkę podczas inwazyi	160	—	80	—
11	Notaryusz za czynność przy legacie ś. p. Lukasa	400	—	—	—
		25.036	42	23.658	35
	Stan 31. grudnia	7.977	13	3.904	32
	Razem	33.013	55	27.572	67

2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

z dniem 31. grudnia roku 1915.

	Stan czynny	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31. grudnia 1915:		
	a) fundusz inwestycyjny Morszyna 5.400·34 K b) gotówką . . . . 3.904·32 » } . .	9.304	66
2	I. Fundusze niewzrastające. Papiery wartościowe nom. . . .	220.100	—
3	II. » wzrastające » » » . . .	176.270	25
4	III. » tworzące się » » » . . .	9.479	53
5	IV. » z których pobierają odsetki dożywotnicy . . .	151.882	33
6	Kaucya w pocztowej Kasie Oszczędności	200	—
7	Los turecki Nr. 294.398 należący do fundacyi Niedźwieckiego .	200	—
8	Depozyt w Banku krajowym (rachunek Morszyna)	1.000	—
9	Wartość Morszyna wraz z zakładem	268.045	—
10	Saldo w Banku krajowym z dniem 31. grudnia 1915	612	—
	Razem . . .	837.093	77

	Stan bierny	K	h
	Długi		
1	Reszta I. pożyczki hipotecznej (Morszyn)	66.280	58
2	Reszta II. pożyczki hipotecznej (Morszyn)	22.432	08
3	Pożyczka z funduszów Towarzystwa udzielona Morszynowi . . .	23.408	09
4	Reszta długu zaciągniętego podczas inwazyi w Banku krajowym	1.000	—
	Długi razem	113.120	75
	Stan czynny 31. grudnia 1915	723.973	02
	Razem . . .	837.093	77

3. Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny.

Pozycya stanu czynnego

1. a) Fundusz inwestycyjny Morszyna na książ. Banku kraj. Nr 40.480. Książeczka w przechowaniu skarbnika.
b) Gotówka na rachunku czekowym poczt. Kasy oszczędn. Nr 36.941. Do dyspozycyi prezesa i skarbnika (wspólnie).
2, 3, 4. Walory mają zabezpieczenie pupilarne, w depozycie Banku kraj.; kwit depozytowy Nr 2.978 przechowuje skarbnik. Gotówka, należąca do funduszu ad 4. na książ. gal. Kasy oszczędn. Nr 53.085, i Banku kraj. Nr 43.063, w przechowaniu prezesa.
5. Zapis Dr Jasińskiego w depozycie sądowym. Zapis Dr Barzyckiego w Banku kraj.; — kwit depozytowy Nr 1217 przechowuje skarbnik.
6. 7. Kaucya w poczt. Kasie oszczędn. Nr 190.424 i los turecki Nr 294.398 przechowuje skarbnik.
8. 10. W Banku krajowym — rach. 684.

4. Wieczyste fundusze Towarzystwa z d. 31 grudnia 1915.

I. Fundusze niewzrastające.
(Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom.	
1. Dra Barzyckiego	2400	
2. » Biesiadeckiego	14300	
3. Prof. Czyżewicza	34000	
4. Dra Garbińskiego	2800	
5. » Jasińskiego	126300	
6. Fundusz jubileuszowy	3200	
7. Dra Krówczyńskiego	800	
8. » Krzeczunowicza	8600	
9. » Łuszczkiewicza	800	
10. » Mahla	3400	
11. » Merunowicza	4000	
12. » Niedźwieckiego	17300	
13. » Różańskiego	300	
14. » Józ. Świątkiewicza	1400	
15. » Szulisławskiego	500	
	220100	Razem 220.100·—

II. Fundusze wzrastające.
(Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom.	na książeczce	Morszyn dłużny	
1. Prof. Gilewskiego	32.100	2071·68	—	
2. Dra Lukasa	7.500	190·48	—	
3. Własny fundusz Tow. lek. galic.	111.000	—	23.408·09	
	150.600	2.262.16	23.408·09	176.270·25

III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.

	Wal. nom.	na książeczce	
1. Prof. Macheka	1.000	324·40	
2. » Marsa	3.800	328·91	
3. » Rydygiera	2.200	201·22	
4. » Ziembickiego G.	1.000	125·—	
5. Kaplica Morszyńska	400	100·—	
	8.400	1.079·53	Razem 9.479·53

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1. Dra Jasińskiego	91.055·82	
2. » Barzyckiego	60.826·51	
	151.882·33	151.882·33
		Razem 557.732·11

Nowe zapisy.

V. Do funduszów wieczystych należą zapisane Towarzystwu, ale jeszcze nam nie wypłacone, legaty. Fundusze są w depozytach, a sprawy spadkowe w toku.

1. Legat Dra Gawałkiewicza	10.000 K
2. Legat Dra Kalisza	5.000 K
3. Legat Dra Lukasa	194.000 K
4. Drugi legat Dra Lukasa, obciążony dożywociem	30.000 K
	Razem 239.000 K